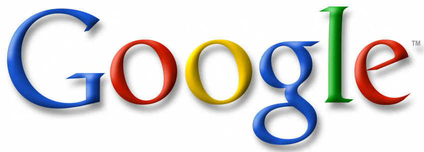


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

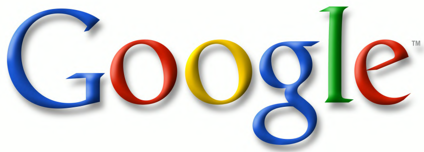
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

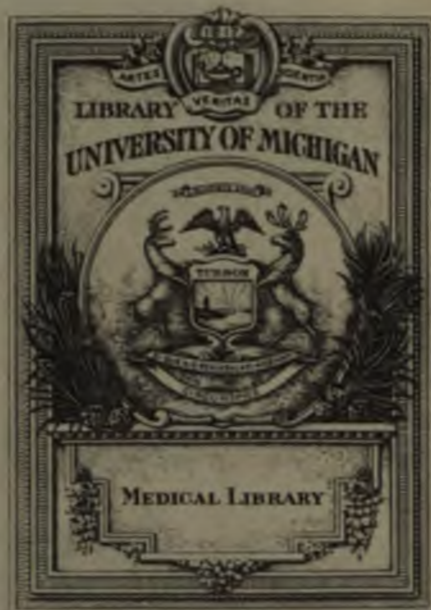
+ *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.
+ *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.
+ *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.
+ *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

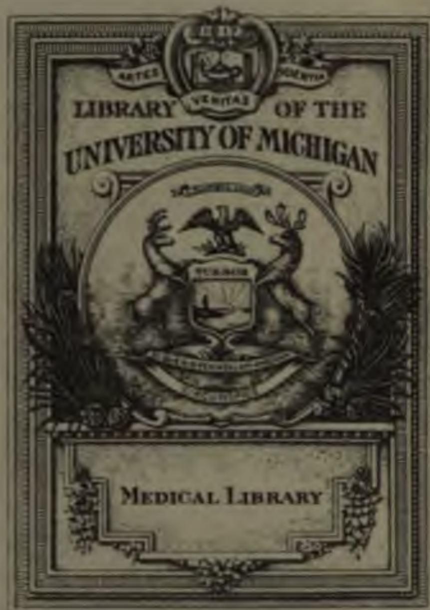
La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da `http://books.google.com`


A 3 9015 00385 856 3
University of Michigan – BUHR


ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY


ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY

vol. 244 e 246



ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY

vol. 244 e 246

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA SORESINA E DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI

CONSIGLIO DIRETTIVO

De Giovanni Achille — Ricordi Amilcare
Golgi Camillo — Scarenzio Angelo
Quaglino Antonio — Zucchi Carlo

VOLUME 244

1.° SEMESTRE 1878

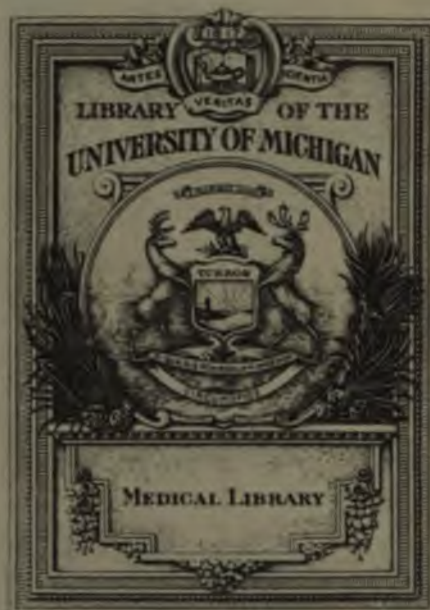
MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1878.

11-17-47

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

Beneke — *Patogenesi del reumatismo articolare.*
Traube — *Manifestazione di una più forte azione della digitale, ecc.*
Fraentzel — *Delirio nel reumatismo articolare acuto.*
Id. — *Polso alternante, ecc.*
Id. — *Terapia del reumatismo articolare.*
Striker — *Sui risultati della cura del reumatismo poliarticolare coll'acido salicilico.*
Riess — *Sull'uso interno dell'acido salicilico specialmente nella cura del reumatismo articolare.*
Senator — *Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico.*
Abramowski — *Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta.*
Drosdorff — *Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico.*
Heubner — *Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto.*
Cron — *Caso mortale di scorbuto.*
Marchand — *Incubazione del vaiuolo e della scarlattina.*
Förster — *Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina.*
Schwimmer — *Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti.*
Wallenberg — *Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina.*
Clever — *Un caso raro di scarlattina.*
Huettenbrenner — *Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina.*
Koerner — *Sulla recidiva della scarlattina.*
Burkhardt-Merian — *Esantema scarlattinoide recidivante.*
Schwarz — *Osservazioni e riflessioni sull'epidemia morbillosa dell'anno 1875-76.*
Schmidt-Rimpler — *Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo.*
Königstein — *Malattie oculari durante e dopo il morbillo.*
Ivanowsky — *Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi.*
Keller — *Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872, ecc.*


ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY

Nardecchia
11-18-47
60703

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

Beneke — *Patogenesi del reumatismo articolare.*
Traube — *Manifestazione di una più forte azione della digitale*, ecc.
Fraentzel — *Delirio nel reumatismo articolare acuto.*
Id. — *Polso alternante*, ecc.
Id. — *Terapia del reumatismo articolare.*
Striker — *Sui risultati della cura del reumatismo poliarticolare coll'acido salicilico.*
Riess — *Sull'uso interno dell'acido salicilico specialmente nella cura del reumatismo articolare.*
Senator — *Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico.*
Abramowski — *Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta.*
Drosdorff — *Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico.*
Heubner — *Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto.*
Cron — *Caso mortale di scorbuto.*
Marchand — *Incubazione del vaiuolo e della scarlattina.*
Förster — *Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina.*
Schwimmer — *Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti.*
Wallenberg — *Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina.*
Clever — *Un caso raro di scarlattina.*
Huettenbrenner — *Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina.*
Koerner — *Sulla recidiva della scarlattina.*
Burkhardt-Merian — *Esantema scarlattinoide recidivante.*
Schwarz — *Osservazioni e riflessioni sull'epidemia morbillosa dell'anno 1875-76.*
Schmidt-Rimpler — *Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo.*
Königstein — *Malattie oculari durante e dopo il morbillo.*
Ivanowsky — *Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi.*
Keller — *Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872*, ecc.

articolare acuto: egli garantisce di poter guarire con quello ogni caso fresco in non più di 48 ore. Ed espone quindi 14 casi osservati alla clinica di Traube, dei quali 5 vengono più specialmente illustrati: ad essi vennero somministrati da 8 a 15 gr. di acido salicilico nelle 24-48 ore. Il vero specifico è l'acido salicilico puro, dato alla dose di 0,5-1,0 ogni 1-2 ore nell'ostia. L'Autore fa notare che il rimedio non solo è antipiretico, ma agisce direttamente in prima linea sui fenomeni locali. In un altra nota l'Autore aggiunge che per assicurare il paziente da una recidiva, bisogna continuare l'amministrazione dell'acido salicilico ancora per 8 giorni dopo, alla dose di 1,5-2,5. Nel reumatismo cronico, blennorragico o dissenterico o settico, l'Autore ritiene l'azione dell'acido salicilico come dubbia e negativa.

Riess invece avverte che non si può finora ritenere come specifica l'azione dell'acido salicilico nel reumatismo articolare. Nei 30 casi da lui curati mercè il medesimo (salicilato di soda ad alta dose), non potè osservare che la malattia venisse costantemente troncata. Egli perciò crede ancora, come già l'aveva pubblicato nel 1875 (*Bericht für*, 1875, I. pagina 487), che il rimedio in discorso agisca prevalentemente come antipiretico; le affezioni articolari migliorano per lo più rapidamente col cadere della temperatura. E secondo lui le teorie addotte da Stricker perdono del loro valore perchè non vi è preso in considerazione il principio della malattia. Anzitutto l'Autore fa notare la grande varietà di decorso del reumatismo articolare, e l'impossibilità di giudicare della sua influenzabilità da pochi risultati. Così egli oppone tra gli altri 9 casi trattati con una cura indifferente, i quali decorsero uno in 6 giorni, uno in 7, due in 9, ecc., mentre quelli trattati coll'acido salicilico decorsero uno in 7 giorni, uno in 8, uno in 10, due in 13, ecc. Ad ogni modo dunque bisogna aspettare ancora un maggior numero di casi per decidere tale questione terapeutica. C. P.

Ueber die Behandlung der Polyarthritis rheumatica mit subcutanen Einspritzungen von Carbolsäure. (*Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico*); del dott. SENATOR. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 6).

Senator ha curato il reumatismo articolare col metodo di Kunze, cioè colle iniezioni di acido carbolico (soluzione 3 0[0). In 25 casi egli lo trovò un buon metodo palliativo, che allontana il dolore e l'enfiagione in breve tempo (nel corso della prima ora, benchè non sempre). Le iniezioni agiscone con maggior efficacia sulle grosse articolazioni, assai meno sulle piccole articolazioni delle estremità; sembrano però indifferenti sulla febbre, sulle complicazioni cardiache, sul decorso della malattia. Alle dette iniezioni l'A. ascrive delle proprietà analgesiche, antiflogistiche e antipiretiche: da 5 esempi ch'egli adduce, parrebbe che, oltre al migliorare le condizioni locali, l'acido carbolico abbrevii la febbre e il decorso del male. C. P.

Der acute Gelenkrheumatismus und sein Verhalten zum inducirten Strom. (*Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta*); del dott. Abramowski. (*Berlin. Klin. Wochenschrift.* N. 7 e 8).

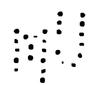
Ueber die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit Electricität und Salicylsäure. (*Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico*); del dott. Drosdorff. (*St. Petersb. med. Wochbl.* N. 4).

In opposizione a quanto Drosdorff asserisce, che le articolazioni affette da reumatismo perdono della propria sensibilità elettrocutanea, Abramowski, studiando su 14 casi, trovò invece che, rispetto alle parti sane, le dette articolazioni offrono quasi sempre un aumento della sensibilità dolorifica sotto l'azione della corrente faradica. Egli adopera gli elettrodi asciutti (pennello), mentre Drosdorff li bagnava. Quanto all' azione terapeutica dell'elettricità, l' Autore va d'accordo con Drosdorff: il dolore si calma assai presto, spesso appena dopo una seduta; il decorso del male è abbreviato (cura in media di 10 giorni); non si aggiunsero complicazioni cardiache durante questa cura.

Drosdorff continuò i suoi studi suaccennati sulla faradizzazione delle articolazioni affette da reumatismo; donde appare che la medesima rimove tanto il dolore quanto la gonfiezza e la febbre, per cui la durata della malattia si fa più breve. Su 19 casi, la durata media della cura fu di giorni 6,4. Egli usò sempre di elettrodi umidi, specialmente contro l'enfiagione delle articolazioni, riservando l' uso del pennello ad alleviare il dolore. Al diverso modo di procedere attribuisce egli la diversità dei risultati ottenuti da Abramowski. Quanto all' acido salicilico dato ad alta dose, egli trovò in 6 casi che influisce favorevolmente sui fenomeni locali, ma produce molestie soggettive, e recidive. Egli propone quindi una cura combinata, della faradizzazione e dell' acido salicilico a piccola dose (0,6 tre volte al giorno): e riferisce 8 casi così trattati che ebbero decorso favorevole. C. P.

Zur Behandlung der hyperpyrexie im acuten Gelenkrheumatismus. (*Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto*); del dottore Heubner. (*Archiv der Heilkund.* vol. 17, fasc. 2° e 3°, pag. 134).

Heubner, osservando che il metodo raccomandato da Fox nel 1871, per la cura di quei reumatismi articolari in cui la febbre e i fenomeni cerebrali sono imponenti (bagni freddi ed amministrazione di eccitanti) è poco usata in Germania, richiama l'attenzione sul seguente caso a lui occorso: Una donna di 28 anni, da 12 giorni soffriva di reumatismo articolare, con una febbre di 43°,5 e coma profondo: essa riebbesi dopo alcuni bagni a 16° con aspersioni d'acqua gelata, oltre ad iniezioni di canfora e clisteri di vino. Si continuarono i bagni (in complesso 36), e l'ammalata nei dì seguenti migliorò assai: però moriva per polmonite ipostatica, con decubito. L' Autore crede che i bagni freddi abbiano salvato la paziente dai pericoli minacciati dall'alta temperatura. Però l'esito fa-



tale viene da lui ancora attribuito ad alterazioni avvenute nel midollo allungato e nel midollo spinale; le quali egli si crede autorizzato a supporre per certi disturbi accusati dalla paziente nella funzione dei moti riflessi, come difficoltà a deglutire, senso di strozzamento, sbadigli, ecc.

C. P.

Ein tödtlicher Fall von Scorbut. (*Caso mortale di scorbuto*); del dottore Cron. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 48).

Cron racconta il caso a lui occorso, di un giovane il quale ammalò in seguito ad un profondo spavento avuto per una scena notturna di cimitero: egli presentava infiltrazione emorragica di un braccio, delle orecchie, del volto, della nuca; inoltre grave stomatite scorbutica, diarrea sanguinolenta, sonnolenza, ecc.: e morì per la gangrena del braccio. Per l'Autore questa insorgenza scorbutica dipende senza dubbio dalla grave emozione, benchè l'abitazione del paziente fosse malsana ed umida.

C. P.

Incubation von Variola und Scarlatina. (*Incubazione del vaiuolo e della scarlattina*); del dott. Marchand F. (*Berl. Klin. Woch.*, 28).

Marchand racconta di una recluta, la quale cadde ammalata il 15 novembre 1871, e al 17 id. presentò un' eruzione scarlattinosa; poi, dopo aver condiviso la camera di un vaiuoloso tra il 20 e il 21 id., cadde di nuovo in istato febbrile il 30 novembre. Il 2 dicembre apparve un esantema maculoso, che al 4 id. diè luogo a belle pustole vaiuolose. Un infermiere, il quale venne a contatto della recluta il solo dopopranzo del 21 novembre, venne pure preso da febbre tre giorni dopo: l'eruzione dell'esantema scarlattinoso in lui avvenne probabilmente due giorni più tardi. Cosicchè l'incubazione del vaiuolo durò 10 giorni (13 giorni fino all'eruzione), e quella della scarlattina soli 3 giorni (5 giorni fino all'eruzione).

C. P.

Einige Bemerkungen über die Verbreitungsweise der Masern und des Scharlachs. (*Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina*); del dott. Förster R. (*Jahrb. für Kinderheilkunde*, N. F., Bd. 10).

Förster fa sapere che in Dresda, ogni 2-4 anni, si ripetono epidemie intense di morbillo, della durata di parecchi mesi; mentre la scarlattina non cessa mai. I casi di morte per scarlattina ammontano annualmente, dal 1862 in poi, a 18-171. La mortalità dei casi curati alla policlinica, dal 1834 è diminuita della metà, ed importa ora circa il 15 per 0|0. La durata dell'incubazione e de' prodromi del morbillo è quasi sempre di giorni 13 1|2-14; la trasmissione della malattia avviene di solito durante i prodromi. Il contagio del morbillo è fugace e presto si dissipa; per cui l'infezione di rado avviene per mezzo di terze persone o di oggetti di vestiario, ma quasi sempre direttamente. Di rado l'infezione parte da individui presso i quali l'eruzione ha raggiunto l'acme; però Förster racconta un caso in cui la trasmissione ebbe luogo 5 giorni dopo l'eruzione. La disposizione alla malattia — astrazion fatta dei bimbi al disotto

di 6 mesi, e degli individui che già la subirono — è generale. Quindi il morbillo si diffonde rapidamente, e presto si spegne. La sua diffusione è favorita dalle scuole. Förster raccomanda di non ammettere alla scuola, almeno per 2-3 settimane, i fratelli degli ammalati, se già essi non subirono la malattia. Molto diverso è il modo di diffondersi della scarlattina; il periodo di latenza oscilla tra 1 e 8 giorni. Il punto di partenza dell'infezione non è sempre fissabile, perchè a casi tipici di scarlattina si accompagnano spesso casi analoghi di angina senza esantema. Il contagio è meno volatile e più duraturo di quello morbilloso, e può esser trasportato da terze persone. La predisposizione varia fin nello stesso individuo secondo il tempo; e Förster ne adduce un esempio parlante. Pare che la scuola non eserciti grande influenza sulla diffusione della scarlattina. Come conclusione, l'Autore espone alcune osservazioni sull'angina febbrile, la quale, simulando i prodromi della scarlattina, può colpire ripetute volte il medesimo individuo; egli però non saprebbe dare alcun momento eziologico della stessa. C. P.

Heilwerth der Salicylsäure bei den acuten Exanthemen. (*Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti*); del dott. Schwimmer. (*Wien. Med. Wochenschr.*, N. 33-36).

Schwimmer trattò 30 casi di vaiuolo, nei quali la temperatura superava i 38°, coll'acido salicilico, alla dose di 2-5 grammi, *per diem.* Egli non verificò nè un'azione antisettica, nè una rilevabile influenza sul grado della febbre. Di 12 fanciulli trattati coll'acido salicilico ne morirono 8; di 18 adulti 10. La proporzione dei decessi non apparve diminuita da questa cura. Di 10 ammalati di scarlattina e 30 di morbillo la metà fu curata coll'acido salicilico; ebbene, tutti guarirono, meno un fanciullo non curato coll'acido salicilico, il quale morì. L'Autore quindi conchiude che *non è inverosimile* che il detto mezzo possa giovare nel morbillo e nella scarlattina. C. P.

Ein Fall von bleibender Veränderung der Haar, und Hautfarbe nach Scharlachfieber. (*Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina*); del dott. Wallenberg. (*Vierteljahreschr. f. Dermat. und Syphilis*, Bd. 8, pag. 63).

Wallenberg riferisce un caso assai interessante di perdita del pigmento cutaneo in seguito a scarlattina. Un giovane di anni 21 1/2 ammalò di scarlattina il 4 gennaio 1869; il decorso della malattia fu regolare fino al periodo della disquammazione. Questa avvenne in modo straordinariamente forte su tutta la superficie del corpo, imperocchè quasi dappertutto l'epidermide venne distaccata dal reticolo malpighiano per opera di un essudato: caddero pure le unghie di tutte le dita, i capelli e perfino la lanugine. Tale periodo durò 4 settimane. Il colore dei capelli e della pelle riprodottisi si mantenne come in un Albino, mentre dapprima i capelli avevano un color castano scuro, e la pelle era bruniccia. La sostanza corticale dei capelli era affatto incolora, e nella midollare non si notava alcun abnorme sviluppo di aria, anzi era qua e là

interamente libera di bolle d'aria. La pelle era di un color bianco latteo, appena accennante al roseo, e rimase assai irritabile; cosicchè applicazioni locali di unguento cinereo, l'insolazione, l'uso interno di chinino erano causa di eritema e perfino di eczema generale. C. P.

Ein seltener Scharlachfall. (*Un caso raro di scarlattina*); del dottor CLEVER. (*Petersb. Med. Wochenschr.*, N. 19).

In questo caso, che riguarda una ragazza di 12 anni, le sierose vennero fortemente interessate dal processo. Il 4 marzo cominciò la malattia, l'8 apparve una forte eruzione scarlattinosa. La temperatura oscillava tra 39°,8 e 40°,8. L'11 marzo apparve uno scolo dall'orecchio sinistro; il 12 una pleurite sinistra (dolori veementi e rumori di sfregamento); il 13 peritonite con leggiero versamento; il 15 pericardite; il 16 ulcerette sulla lingua. I fenomeni della pleurite si aggravarono; il 20 pneumotorace, dislocazione del cuore verso destra, ortopnea; il 21 si sentiva la punta del cuore battere sulla linea mamillare destra. Il 22 edema del polmone destro. (Morte). Non si fece l'autopsia. C. P.

Ueber zweimaliges Auftreten von acuten Exanthemen, insbesondere von Scharlach. (*Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina*); del dott. v. HUETTENBRENNER. (*Jahrb. f. Kindh. N. F.*).

Ueber Scharlachrecidive. (*Sulla recidiva della scarlattina*); del dottor KOERNER. (*Idem.*, Bd. 9, pag. 362-382).

Recidivirendes Scharlachähnliches Exanthem. (*Esantema scarlattinoide recidivante*); del dott. BURKHARDT-MERIAN ALBERTO. (*Correspondensblatt der Schweizer Aerzte*, N. 13).

Sul recidivare della scarlattina o di esantemi a lei consimili si hanno parecchie memorie. Huettenbrenner racconta di due fratellini (uno di 7 anni, l'altro di 3 1[2), i quali nell'inverno avevano superato il morbillo e la varicella; il minore ammalò poco dopo di scarlattina. La deforforazione del tronco incominciò sulla fine della seconda settimana; la disquammazione degli arti avvenne nella terza. Sulla fine di aprile ammalò di scarlattina anche il fratello maggiore, benchè fosse stato allontanato dal minore, il quale poi 12 giorni più tardi ricadeva ammalato. Questa seconda volta la malattia, recidivata a 2 mesi di distanza, fu più grave; però esitò colla guarigione. L'Autore fa notare che la sicurezza della diagnosi deve basare sulla presenza dei fenomeni caratteristici della scarlattina, e specialmente sulla disquammazione. Nel caso descritto vi sarebbe stato come una disposizione ereditaria, imperocchè la madre, durante la malattia dei due figli, fu pure presa da angina febbrile, accompagnata da placche difteriche sulle tonsille e da albuminuria, e seguita poi da leggiera deforforazione.

Koerner, come Thomas, distingue i casi i cui si ha una seconda eruzione scarlattinosa in tre classi: *a*) Pseudo-recidive, quando avvengono due eruzioni nel decorso della febbre scarlattina; *b*) Vere recidive, quando la seconda eruzione avviene immediatamente dopo il decorso della prima od anche durante il periodo disquammativo della medesima; *c*) Seconda

febbre scarlattina dovuta a nuova infezione, la quale avviene solo dopo lungo tempo dalla prima. L'Autore quindi passa in rivista esattamente i casi raccolti nella letteratura appartenenti a ciascuna di queste tre classi. Detta rivista contiene relativamente pochi esempj (6) di pseudo-recidive, perchè di solito tali casi non vengono pubblicati. Di vere recidive ne sono addotte 54, tre delle quali sono di Thomas, qui per la prima volta pubblicate. Di reinfezione scarlattinosa a distanza Koerner ne registra 85 casi (due volte) ed alcuni fin di tre e quattro volte nel medesimo individuo. La seconda infezione non era di solito meno grave della prima. Pare che in tali casi non mancasse una certa predisposizione ereditaria.

Il caso osservato da Burckardt riguarda una cuoca di 58 anni, nella quale un' eruzione simile alla scarlattinosa ebbe luogo in seguito ad un forte catarro intestinale. L'angina mancava, come era mancata durante le infezioni scarlattinose toccatele tre e sei anni prima; si notava invece l'esantema sulla cute dell'addome; la febbre era leggiera. Ne conseguì anche abbondante disquammazione. Dopo 9 mesi la paziente moriva d'apoplessia. C. P.

Betrachtungen und Reflexionen über die Morbillen-Epidemie im Jahre 1875-76. (*Osservazioni e riflessioni sull'epidemia morbillosa dell'anno 1875-76*); del dott. SCHWARZ. (*Wien. Med. Presse*, N. 43).

Schwarz crede di aver osservato, durante l'epidemia di morbillo che dominò in Vienna dal settembre 1875 al giugno 1876, 8 casi di recidiva. La prima infezione era preceduta nei seguenti lassi di tempo: in un caso da 46 anni, in un altro da 14, e così via 12, 2, 1; in un caso poi aveva preceduto solo da 20 giorni, in un altro da 14, e nell'ultimo da 10 giorni. Sette di questi casi li osservò l'Autore istesso. Egli dà come segno sicuro per la diagnosi un esantema maculoso alle fauci. C. P.

Ueber die bei Masern vorkommenden Augenaffectionen. (*Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo*); del dott. SCHMIDT-RIMPLER. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, N. 15 e 16).

Augenerkrankungen während und nach Ablauf der Masern. (*Malattie oculari durante e dopo il morbillo*); del dott. KÖNIGSTEIN L. (*Oestern. Jahrb. für Pädiatrie*, fasc. 2).

Schmidt-Rimpler passa in rassegna le varie oftalmie morbillose. Coll' infiammazione della mucosa rivestente il legamento palpebrale, la quale si manifesta di solito già prima dell'eruzione esantematica, si osservano abbondante lagrimazione e fotofobia. La prima si spiega coll' impedito deflusso delle lagrime a cagione del rigonfiamento della mucosa del canal nasale; la fotofobia poi sta in relazione colla tenera età del paziente, il quale, reagendo sproporzionatamente, ha facilmente lo spasmo dell'orbicolare; essa cede però presto coll' immergere qualche volta il capo nell'acqua. Altre forme di oftalmie morbillose sono la congiuntivite e la cheratite flictenoide; le si osserva specialmente in individui scrofolosi, che già soffrirono di tali forme. Una o più settimane dopo l'eruzione

morbillosa, si osserva qualche volta una forte blennorrea, che può esser collegata ad un processo difterico; talora poi infiltrazioni purulente subdole, e fin rammollimento della cornea. Quest'ultima, descritta per la prima volta da Fischer (1846; *Lehrbuch der gesammten Entzündung und organischen Krankheiten des menschlichen Auges*), è assai rara e di decorso rapido; essa senza dare fotofobia, distrugge la cornea, la quale in pochi giorni diventa insensibile. Incerta ancora è la causa di questa malacia della cornea, se dipenda da un' affezione cerebrale o da un' invasione di funghi. L'iride ammala pure di spesso in seguito alle affezioni corneali. Fotofobia persistente, amaurosi e strabismo sono residui eccezionali dopo il morbillo. La cura di tutte queste affezioni si fa precisamente come nei casi ordinari; si prenderanno in considerazione l'accresciuta eccitabilità della pelle, e lo stato generale delle forze. La troppa oscurità in cui si tengono gli ammalati viene da Schmidt-Rimpler biasimata.

L'esposizione delle malattie oculari nel morbillo fatta da Königstein concorda in massima colla precedente. L'Autore si limita ad accennare che le ulceri e gli ascessi della cornea (manifestantisi secondo lui solo 3 o 4 settimane dopo l'eruzione) si avverano preferentemente in individui che superarono una polmonite morbillosa, o che hanno l'infiltrazione tubercolare polmonare in corso, o una periostite o la foruncolosi.

C. P.

Die parasitären Knoten in den Lungen bei Variola. (*Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi*); del dott. Ivanowsky N. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, N. 45).

L'Autore fece 14 autopsie di individui morti di vaiuolo, e otto volte trovò nelle parti inferiori dei polmoni dei nodetti rossi e grigi, non più grossi di un pisello. Gli alveoli polmonari erano ivi ripieni di cellule epiteliali deperite granulosamente, e di cellule simili ai globuli bianchi del sangue disposte in una rete fibrinosa. Negli alveoli dei noduli rossi trovavansi pure delle emazie, ed i capillari erano turgidi di sangue. Nei noduli grigi invece i vasi erano per lo più vuoti, e le cellule più o meno distrutte. Nelle parti centrali poi tanto dei noduli grigi che dei rossi, l'Autore osservò alcuni alveoli pieni di globuli finissimi e assai rifrangenti. Questi globuli erano in parte disposti in serie, occupando tutto o solo metà l'alveolo; tenevansi indifferenti all'azione dell'acido acetico, dell'etere, della potassa caustica; erano però lievemente colorati dal jodio. L'Autore ritiene questi focolaj parassitari come una conseguenza dell' inspirazione di aria infetta dal virus vaiuoloso; e spiega la formazione dei noduli per l' infiammazione reattiva dei tessuti circostanti ai medesimi focolaj.

C. P.

Ergebnisse der Blatternepidemie in den Jahren 1872, 73 und 74 bei den Bediensteten der K. K. österreich. Staatseisenbahngesellschaft. (*Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872, ecc.*); del dott. Keller Jos. (*Wiener med. Wochenschr.*, N. 33 e seg.).

Beobachtungen gesammelt während einer Pockenepidemie zu Crefeld a. R. in den Jahren 1871 und 1872. (*Osservazioni raccolte durante una epidemia vaiuolosa a Crefeld s. R. negli anni 1871-72*); del dottor Morf J. (*Aerztliches Intelligenzbl.* (Monaco), N. 6 e 7).

Keller, il quale in sue precedenti osservazioni era venuto nella convinzione che l'uso della vaccinazione è inutile, anche stavolta, dalle osservazioni fatte nell'epidemia che fu negli anni 1872-73-74 tra gli impiegati delle ferrovie dello stato austriaco, si riconferma nella propria opinione. Nel 1874 su 410 vaccinati ne morirono 58 (14,15 per 0[0), su 302 non vaccinati ne morirono 87 (28,8 per 0[0). Nel primo anno di vita la mortalità fu del 32 per 0[0 nei vaccinati, del 50 per 0[0 nei non vaccinati; nel secondo anno fu del 31,25 per 0[0 nei primi, del 46,67 per 0[0 nei secondi; in tutti gli altri si ebbe una media del 12,2 per 0[0 per i vaccinati, 20,5 per 0[0 per i non vaccinati.

Morf invece è venuto a conclusioni diverse. In tutto il distretto di Düsseldorf, ammalarono di vaiuolo (dal 1° settembre 1870 al 31 dicembre 1871) ben 30879 persone, e ne morirono 6466, ossia il 20,9 per 0[0. Ora la mortalità dei non vaccinati fu del 61 per 0[0, quella dei vaccinati del 21,7 per 0[0, e quella dei rivaccinati del 17,6 per 0[0. Dei 58000 abitanti di Crefeld ne ammalarono 2878 (5 per 0[0), e ne morirono 529 (0,9 p. 0[0).

Morf propone la denominazione di *Variolæ Petechiales* o *Scorbuticæ* per il vaiuolo emorragico ch' egli osservò di frequente in Crefeld. In 3 ammalati nel decorso del vaiuolo sopravvenne delirio di persecuzione. In 2 persone da lui vaccinate avvenne l'eruzione del vaiuolo una settimana dopo; la febbre fu abbastanza grave, però l' esito fu favorevole. Una cameriera, la quale era stata portata alla stazione dei vaiuolosi comechè sospetta ammalata di vaiuolo, fu vaccinata il giorno dopo, e si fermò nella stazione medesima. Ebbene, essa presentò a tempo debito delle pustole vacciniche regolari, ed andò esente dal vaiuolo.

C. P.

Untersuchungen über das Contagium der Kuhpocken. (*Ricerche sul contagio del vaccino*), del dott. Hiller. (*Centralbl. d. med. Wisseusch*).

Hiller ha trovato nella linfa vaccinica fresca, oltre a'componenti accidentali (scaglie epidermidali, cellule del reticolo malpighiano, corpuscoli rossi del sangue) e normali (corpuscoli linfatici, frammenti dei medesimi, coaguli fibrinosi, concrezioni albuminose amorfe finamente granulose, cristallini di pigmento sanguigno), anche una quantità di granuli apparentemente grassosi, ed altri pallidi ed opachi: di essi una parte scioglievasi in una soluzione al 10 per 100 di potassa, l'altra no: onde l'Autore li ritiene in parte di natura albuminosa, in parte vegetale. I granuli dell'ultimo gruppo (Micrococchi) non hanno forme ca-

ratteristiche. Di solito sono immobili Monococchi, altra volta anche Streptococchi, Monobacterii, Diplobacterii. Dal 4.° al 5.° giorno il numero dei globuli sanguigni e dei granuli aumenta continuamente, benchè la linfa si mantenga limpida in apparenza. Numerosissimi sono nel periodo di essiccamento, quando la linfa va perdendo della propria efficacia. In 11 casi su 48 però l'Autore non ne ha trovato. E una linfa affatto pura d'organismi (?) diede luogo a 30 belle pustole in seguito a 36 punture fatte complessivamente su 6 fanciulli. Ne verrebbe quindi che il rapporto tra la presenza dei micrococchi e la contagiosità della linfa non è costante. Si è anche abbandonata la linfa a sè, e dalla porzione depositata si ottennero migliori risultati che non colla soprannotante. La linfa bollita fu affatto inattiva. L'aggiunta di 1 1[?]2 per 100 di acido carbolico diminuì d'assai l'attività della linfa, e al 2 per 100 la spense del tutto. L'aggiunta di glicerina nella proporzione dell'1 a 2 non diminuiva ordinariamente l'efficacia della linfa; ma maggiore proporzione di glicerina faceva diminuire il numero e la perfezione delle pustole. Il contagio vaccinico non si potè allevare fuori degli organismi animali. La linfa, ridotta a metà volume per mezzo dell'evaporazione, si mostrò quasi doppiamente efficace. L'Autore conferma l'osservazione di Keber, che nei coaguli che si separano dalla linfa il contagio vajolico è più concentrato. Gli innesti fatti col sangue di individui vaccinati rimasero senza effetti di sorta. C. P.

Die animale Vaccine der Hamburger Impfanstalt. (*Il vaccino animale dello stabilimento amburghese di vaccinazione*), del dott. Voigt Leonard. (*Deutsche Vierteljahrschr. f. öff. Gesundh.* Vol. 8.°).

Dopochè in Amburgo, nello stabilimento ivi eretto nel 1872 per la vaccinazione, fu innestata la sifilide — i vacciniferi, i quali dovevano avere un'età tra i 6 mesi e i 12 anni, venivano rigorosamente visitati, specialmente in quanto riguarda le forme cutanee e sifilitiche, e gli ingorghi ghiandolari. Tutti i fanciulli mal nutriti, e quelli le cui pustole erano purulente o non ben sviluppate, venivano scartati. Più tardi il medico in capo, Voigt, si recò in Olanda onde studiare i *Parcs vaccinogènes* eretti a Rotterdam, Amsterdam, Haag, Utrecht. Dietro l'esperienza così acquisita, nel giugno 1875, si fondò anche ad Amburgo uno stabilimento analogo. Ivi vengono innestati 5 vitelli alla settimana in estate, e 2 nell'inverno. Si affranca il vitello ad una tavola apposita, gli si rade il ventre, e gli si fanno da 60 a 100 punture, a 3 centimetri l'una dall'altra. Le pustole maturano in 5 giorni d'estate; d'inverno un po'più tardi. Il vitello si tiene in istalle assai strette (52 a 56 centim., di larghezza), e gli si lega anche la testa un po' alto perchè non possa leccare le pustole. Il pus si raccoglie col premere, mediante una pinzetta, la base della pustola: questa scoppia, e ne esce una gocciola, che si conserva tra due laminette di vetro, meglio che nei tubetti. L'inoculazione si fa col metodo inglese, cioè si raschia colla lancetta fino a produrre una escoriazione piana e rotonda, e vi si depone sopra il

pus. Lo sviluppo delle pustole nei fanciulli si fa aspettare più che quando si usa la linfa umanizzata; talvolta non si ha alcuna manifestazione nemmeno 7 giorni dopo. Però quando dopo ripetute inoculazioni da braccio a braccio la linfa diventa umanizzata, anche l'eruzione si fa più presto. Voigt preferisce decisamente la linfa animale; solo che questa non corrisponde a tutta l'economia desiderabile. O. P.

De la contemporaneité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu. (*Della contemporaneità delle febbri esantematiche, ecc.*), del dott. Bez. (*Revue des Sciences Médicales*, tomo 10.°, pag. 351).

Con questa tesi, l'Autore confuta la legge stabilita da Hunter, ed accettata quasi senza contestazione da molti patologi, della incompatibilità delle febbri eruttive. L'Autore studia successivamente i fatti di coesistenza delle diverse febbri eruttive apparse due a due nel medesimo individuo (morbillo e scarlattina, morbillo e vajuolo, scarlattina e vajuolo, ecc.), di coesistenza della tifoide colle febbri esantematiche; e finalmente i casi più rari d'associazioni ternarie. Il morbillo e la scarlattina coesistenti nel medesimo soggetto seguono ciascuno le proprie fasi evoluttive, senza che l'uno sospenda l'altra. L'eruzione rubeolare è qualche volta parziale ed abbreviata nel decorso; il catarro prodromale può mancare. Queste anomalie sono molto più frequenti di quelle della scarlattina, benchè non siano costanti. Le complicazioni viscerali sono dipendenti più spesso dalla scarlattina. Il pronostico è grave specialmente quando alla scarlattina tenga dietro il morbillo. — Il morbillo associato al vajuolo ritarda la maturazione delle pustole, ma solo nel suo stadio febbrile; quindi pare che agisca in ciò come un'affezione febbrile qualunque. Mai non avviene che sospenda od interrompa l'eruzione vajuolica. L'incubazione del vajuolo nei morbillosi dura come d'ordinario; i sintomi viscerali predominanti son quelli del morbillo. Le eruzioni sono più gravi quando si succedono che non quando sono contemporanee.

La maggior parte delle osservazioni di vajuolo con scarlattina riguardano degli individui affetti da vajuoloide, i quali, entrando all'Ospitale, prendono una scarlattina quando già comincia l'essiccazione.

Le eruzioni scarlattiniformi prodromali e secondarie sono state prese certamente per associate; quindi l'errore. Il periodo in cui appare l'eruzione, lo stato della lingua e delle fauci, del polso e della temperatura costituiranno gli elementi per una diagnosi esatta.

L'influenza reciproca del morbillo e della varicella è nulla; il rapporto cui West crede esista tra queste due malattie non è dimostrato. — Le febbri esantematiche, durante l'incubazione o l'invasione delle quali si praticò l'inoculazione vaccinica, non furono mai causa di mancato sviluppo del vaccino, o di prolungata sua incubazione, o di vaccino illegittimo: esse esercitano un'influenza solo sui periodi di maturazione,

di suppurazione, di essicamento delle pustole; e ciò puramente nella loro qualità di malattie febbrili intercorrenti. C. P.

Una nuova forma della infezione carbonchiosa; Nota del dott. VINCENZO RICCI. (*Il Morgagni*, novembre 1877).

Un ragazzo di anni sette, mediocremente sviluppato fu sempre sano fino al 10 del passato agosto. In quel giorno la madre del paziente vide che sul terzo medio della faccia esterna dell' antibraccio destro s'era sviluppato un tumoretto della grandezza d' una lenticchia e di colore violaceo. La sera del giorno seguente sulla parte anteriore della spalla destra e la parte alta del tronco dello stesso lato era comparsa spaventevole enfiagione, però si volle applicare un sanguisugio. Questo mezzo riuscì infruttuoso. Il relatore soprachiamato rilevò quanto segue: oltre la cosa precitata attorno al tumoretto dell' antibraccio vide delle flictene ecchimotiche quali si vedono attorno al nucleo gangrenoso delle pustole maligne. I tegumenti circostanti non presentavano nè ingorgo, nè arrossamento; a breve distanza del tumoretto si vedevano parecchie striscie rosse, flessuose, leggermente dolenti al tatto (vasi linfatici). La tumefazione della parte anteriore e superiore del torace era indolente, uniforme, elastica e la pelle di colorito normale; prova che il tessuto connettivo fosse infiltrato d'aria; quindi non aveva niente di comune colla tumefazione carbonchiosa che è dura, presenta flictene e quindi più tardi le escare. La temperatura ascellare era di 39° e 4, il polso 110°, pieno, cedevolissimo. Fu distrutto il tumoretto col ferro rovente e curata la località col metodo antisettico. Il piccolo paziente ch'era venuto sino a questo punto in buon stato generale cade in una grave adinamia e morì. — Non fu fatta l' autossia. Non è accennato alla eziologia. La rapidità del decorso è certo rimarchevole.

C. P.

Le malattie di cuore in mezzo al reumatismo articolare si oppongono assolutamente ed in ogni caso ai bagni termo-minerali? Lettera di DOMENICO CAPOZZI al comm. SALVATORE TOMMASI. (*Ivi*).

L'Autore premette quello che già è noto nella pratica circa la grande frequenza con cui insorge il vizio cardiaco nel decorso del reumatismo articolare. Dice che per tradizione si ammette essere il vizio cardiaco come controindicazione per l'uso dei bagni termo-minerali; accenna ad alcuni regolamenti ancora in vigore nella istituzione il Monte della Misericordia, dai quali è suggerito come norma per la scelta degli infermi di escludere assolutamente quelli che hanno malattie del cuore e dei grandi vasi. Ricorda pure che eguale rigore è usato anche da trattatisti, quantunque qualche libro anche recente non trovi che s' abbia così recisamente a controindicare la cura dei bagni termo-minerali nelle malattie di cuore.

La giovane scuola non esclude *a priori* tale cura e davanti a chi soffre di reumatismo articolare cronico ed insieme di fenomeni cardiaci mette sulla bilancia i vantaggi che possono trarne per l' affezione arti-

colare e i danni che possono venirne a quella del cuore e non di rado avviene che quelli sieno superiori a questo e quindi addottare la cura con sollievo reale del paziente. Le statistiche degli stabilimenti idroterapici ne fanno fede alla loro volta. — Non è nè ragionevole nè scientifico sostenere che tutte le affezioni cardiache vietino le acque termo-minerali per bagno e per doccia. Nell'impiego di queste acque bisogna tener conto della pressione dell' acqua alla periferia del corpo, della temperatura, della stimolazione alla cute per opera delle sostanze tenute in soluzione, dell'elettricità che si sviluppa e di un leggero assorbimento. Può ora dirsi che, questi diversi mezzi di azione sieno dannosi indistintamente ad ogni specie e ad ogni grado di malattia cardiaca.

Sono controindicati in chi va soggetto ad accessi asmatici ed a facili dispnee, in chi sono sviluppati gli edemi, ingrandito il fegato, in corso l'ascite, l'albuminuria ed altri sintomi di gravi stasi meccaniche; in chi ha l'insufficienza delle semilunari e l'ateroma diffuso; in chi ha il marasmo cardiaco con aritmia, iposistolia e minaccie di deliqui, in chi ha aneurismi e violenti accessi di cardiopalmo. — In generale quei cardiaci che offrono circostanze opposte alle riferite possono sottoporsi alla cura dei bagni coll'acqua termo-minerale. In particolare sono indicati nei reumatismi accompagnati da pericarditi con macchie tendinee o con semplici vegetazioni. Qui sono utili anche per quei principii generali di terapeutica che ci guidano nella cura eziologica. Se con tali mezzi si arriva a fare risolvere completamente la malattia si raggiunge anche un altro scopo, che è quello di impedire che i resti della malattia pregressa abbiano a subire l' influenza delle cause che la fanno riacutizzare. Si dica altrettanto delle endocarditi che non si associano a gravi sofferenze per disordini idraulici. Sono indicati i bagni in quei casi in cui al compenso del vizio giova avvalorare la sistole ventricolare.

C. P.

Sull'eziologia della febbre tifoide. (*Rapport sur l'etiologie de la Fièvre typhoide presenté au Congres Médical de Genève, nel 12 settembre 1877;* di BOUCHARD. *Revue mensuelle, etc.*, 11, 1877).

L'Autore dopo un rapido cenno sulle opinioni anteriori intorno alla eziologia della febbre tifoide si sofferma su quelle specialmente introdotte da Chauffard, sostenute poi da Piorrey, da Bricheteau, per la quale le sostanze escrementizie verrebbero a costituire il fomite principale dell'infezione. Questa opinione venne più tardi adottata da Murchison, poi da Budd il quale ultimo appoggiolla a fatti che si ritennero come dimostrativi.

Dopo ciò viene a considerare ciò che successivamente si professò dagli scrittori intorno alle contagiosità e ricorda quanto ha giustificato la opinione sulla contagiosità, riferendosi ai casi di trasmissione per gli indumenti, per le pareti delle case, per l'aria, per l'acqua. Esclude che sia stata trasmessa la febbre tifoide per mezzo del latte e delle carni;

riprendendo invece quella che dai più si ammette intorno alla male influenza delle fecce così concluderebbe: — la febbre tifoide è contagiosa; — il contagio riposa, se non esclusivamente, nelle dejezioni; — le dejezioni conservano anche lungamente il potere contagioso; — la putrefazione delle feccie non distrugge e nemmeno contribuisce allo sviluppo del contagio.

Più oltre abborda i fatti relativi alla dottrina della infezione. Le sostanze in putrefazione e che noi introduciamo dentro di noi sarebbero la cagione principale della febbre tifoide. Ma anche qui ci stanno di contro tanti fatti e la esperienza giornaliera che direttamente s'oppongono all'accettazione di questa teoria. — Allora si cade necessariamente nella dottrina delle spontaneità. Ma accetteremo questa in confronto dell'altra, mentre le si oppongono gli assiomi della filosofia biologica? — mentre nulla ancora ha provato evidentemente che la causa della tifoide origini spontaneamente?

I fatti che gli scrittori hanno potuto considerare portano invece ad ammettere che la tifoide possa originare per contagio e per infezione. La scoperta di un vibrione fatta di recente da Pasteur darebbe, secondo l'Autore, fondamento a questa opinione, potendosi per la presenza di esso nel mezzo in cui si vive, o nelle nostre dejezioni, o dentro di noi sviluppandosi spontaneamente, spiegare quando la infezione e quando il contagio. In conclusione:

1.° Nell'eziologia della febbre tifoide, la dottrina del contagio e quella della infezione sono troppo esclusive;

2.° La dottrina della origine fecale non risponde alla universalità dei fatti;

3.° La dottrina dello sviluppo spontaneo non è provata;

4.° La febbre tifoide è una malattia specifica miasmatica;

5.° Nella sua produzione le cose passano come se la materia morbifica provenisse, non sapendosi come, da un organismo infetto, capace di svilupparsi in grembo alle sostanze animali, che diverrebbero allora focolajo d'infezione e nell'organismo umano vivo, che sarebbe focolajo di contagio;

6.° Il contagio è quasi sempre mediato;

7.° La materia morbifica che viene dai focolaj d'infezione, o degli individui contaminati può abitare l'aria, il vento, l'acqua. Questa medesima materia morbifica può essere disseminata dall'uomo;

8.° L'importanza dei serbatoi d'acqua, dei condotti male costruiti o peggio tenuti è oramai dimostrata;

9.° La importanza delle variazioni del livello delle acque sotterranee non è egualmente dimostrata. C. P.

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA.

Rizzoli — *Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico.*

Auger — *Il termo-cauterio nella cistotomia.*

Krishaber — *Il termo-cauterio nella tracheotomia.*

Bergeron — *Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia.*

Foulis — *Esportazione della laringe.*

Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago.*

Filiette e Cazin — *Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione.*

Kraussold — *Sopra un cefalocele acquisito in causa di caduta.*

Valerani — *Estirpazione completa della parotide.*

Neumann — *Un contributo alla conoscenza della ranula.*

Neumann e Baumgarten — *Due casi di fistola colli-congenita cistica. (Cisti dei condotti delle branchie di Roser).*

Blondeau — *Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia.*

Zanfal — *Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe di Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali, per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse.*

Patterson — *Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all'introduzione dei liquidi nelle vie nasali.*

Schalle — *Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso e della gola.*

Fraenkel — *Sull'uso della doccia nasale.*

Langenbuck — *In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale per le operazioni sulle labbra e sulla guancia.*

Vissaguet — *Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione.*

Otto Kustner — *Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli.*

Notta — *Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione.*

Pereira Guimaraez — *Aneurisma della carotide primitiva; applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore; guarigione.*

Gibb — *Fasciatura elastica per la compressione dell'aorta.*

Smith — *Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch.*

Israel — *Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale.*

Sainclair Coghill — *Buoni effetti delle injezioni sotto-cutanee d'ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare.*

Bidder — *Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio.*

Bourguet — *Guarigione della pseudartrosi con le injezioni.*

Verneuil — *Patogenia del ginocchio valgo.*

Verebelyi — *Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sotto-perioste̊o del tallone.*

Lapponi — *Lussazione completa della coracoidea dell'omero per contrazione muscolare.*

Picco — *Caso di lussazione traumatica femoro-iliaca.*

Houzé de l'Aulnoit — *Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell' arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti.*

Le Dentu — *Disarticolazione del cotile.*

Poinsot — *Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede.*

Goetz — *Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all' Ospedale di S. Eugenia* ;

Thomas — *Considerazioni sulla temperatura nel tetano.*

Masing — *Altri quattro casi di antrace interno.*

Rapporto alla Società di Chirurgia di Mosca — *Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione.*

Neurdorfer — *La cura chirurgica delle ferite.*

Fourestiè — *Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici*

Girard — *Sopra la così detta suppurazione bleu.*

Onimus — *Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe.*

Sejournet — *Studio della sensibilità termica nelle ulceri varicose.*

Desormeaux — *Sopra la riunione per prima intenzione colla ovatta.*

Chassagny — *Modo particolare di metodica compressione per mezzo dell'aria e dell'acqua.*

Winiwarter — *Nuove osservazioni ed esperimenti sulla medicazione arsenicale nei tumori delle ghiandole linfatiche.*

Tripier — *Ricerche sugli accidenti prodotti dall'anestesia coll'etere nei ragazzi.*

Deuck — *Della rivulsione interstiziale colle iniezioni ipodermiche di nitrato d'argento.*

Broca — *Intorno alla trapanazione neolitica.*

Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa, eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico; del prof. comm. F. Rizzoli. (*Memorie dell'Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna*, Serie III, Tomo VIII, 1877).

Quantunque tristamente impressionato il prof. Rizzoli per avere assistito ad un caso di simil genere con esito infausto operato dal prof. Baroni, pure non esitava ad appigliarsi anch'egli a tale partito estremo riescendo nell'intento che proponevasi.

Nel 1839 (*Bull. delle scienze mediche di Bologna*, 1840) eseguiva tale operazione col processo di Lisfranc, in una donna d'anni 52, affetta da cancro all'intestino retto e dove la lesione occupando tutta la circonferenza e lo spessore dell'organo, estendevasi in alto per oltre sei centimetri, e durante l'operazione incontrava grave emorragia venosa che fu d'uopo frenare con forte e necessariamente incomodo tampone.

In altre tre donne ebbe poi ad eseguire, e per la medesima malattia, una consimile operazione, e se nella prima di queste non ebbe ad incontrare grave emorragia, ciò non avvenne nelle altre due in una delle quali la perdita di sangue fu postuma, concomitante invece l'atto operativo nell'altra. D' altronde, se non il Lisfranc, altri valenti operatori ebbero a lottare energicamente contro tale accidente, e non sempre riescendo a rimediarvi. Ciò probabilmente dipese dalla angustia del campo operativo quale si era quello che si limitava a contornare il retto intestino.

Per tutto ciò il prof. Rizzoli, come già aveva in altra occasione e dietro profondi studii anatomici proposto (*Memorie dell'Accademia dell'Istituto delle scienze di Bologna*, 1852), se da un lato pensava aprirsi una via più facile ad essere dominata, volle anche ricorrere come a mezzo di increnta dieresi all'uso del termo-cauterio di Paquelin. E la descrizione e l'apprezzamento del di lui procedere risalterà dalla seguente osservazione clinica:

Un negoziante, d'anni 54, il cui padre era morto per tubercolosi polmonare, e la madre per acuta affezione addominale, senza avere dal canto suo sofferto in antecedenza, malattie importanti, da circa quattro mesi aveva incominciato a soffrire di bruciore, indi di dolore nel defecare, mostrandosi tratto tratto le feci tinte di sangue, a tali sintomi successe vera difficoltà nell'emetterle diventando il dolore permanente, violentissimo poi dopo le stentate evacuazioni delle quali erasi fatto frequente ed impellente il bisogno non riescendo ad ottennerne che poche, molli, sottili, schiacciate ed insanguinate. Una incisione praticatagli in allora a scopo palliativo nella regione ano-coccigea diede luogo a copiosà emorragia che fu duopo arrestare col tampone e che non recava sollievo alcuno.

Esaminato il paziente dal prof. Rizzoli questi trovava, l'apertura anale alquanto dilatata appunto per la incisione fatta, il contorno dell'orificio poi lo sentiva sotto alla cute assai duro, a cercine bernoccoluto e per la grossezza di due centimetri. Il canale rettale permetteva

a stenti l'introduzione del dito indice, riescendosi appena colla punta di esso a passare oltre quel cingolo; lungo questo tragitto sentivasi che l'ingrossamento attaccava specialmente la parete anteriore avvicinandosi al bulbo uretrale in modo da fare pressochè scomparire i tessuti intermedii; il dito restava poi intriso di sangue.

In presenza di tale affezione parve giustamente al prof. Rizzoli, che qualunque fosse per esserne la natura, il migliore mezzo di cura doveva trovarsi nella esportazione della parte ammalata ma con modificazioni che avessero a rendere più agevole e meno pericoloso l'atto operativo.

Posto quindi l'infermo sul fianco sinistro colla coscia di quel lato distesa e colla destra fortemente flessa, fatte scostare le natiche, mediante un bistori convesso eseguiva una incisione che partendo a sinistra del coccige si estendeva lungo il rafe verso l'ano fino al limite della accennata durezza; incisi il derma, il sottoposto tessuto cellulare, i muscoli elevatori dell'ano, ben presto potè giungere al tessuto celluloadiposo che ivi attorniava posteriormente ed ai lati, l'intestino, e che venne, mediante il dito, isolato. Ciò ottenuto, per timore di incontrare grave emorragia, se avesse continuato a servirsi del tagliente onde staccare all'intorno l'intestino nella sua parte anale, approfittava del termocauterio di Paquelin e resone incandescente il coltello praticava col medesimo un'incisione che dipartendosi dal limite anteriore della incisione longitudinale girando attorno all'ano terminava al punto d'onde era partita, isolando così l'intestino. In ciò fare però risparmiava porzione dello sfintere esterno tuttora sana, e giunto verso il perineo anteriore usava la massima diligenza per togliere interamente il prodotto morboso ivi profondamente internantesi, ed in onta a ciò non si ebbe perdita alcuna di sangue, ed il bulbo uretrale rimase illeso. Ciò eseguito poteronsi facilmente scostare i due lembi triangolari che ne erano risultati riuscendo ampiamente scoperto il campo dell'operazione e potendosi agevolmente dominare l'escavazione; l'operatore afferrava in allora colle mollette uncinate la porzione già isolata dell'intestino e stiratala in basso ne metteva allo scoperto la faccia anteriore dell'intestino aderente e che veniva mediante colpi di forbice staccata dall'uretra e dalla prostata, che avrebbero potuto soffrire dal termo-cauterio. Durante quest'atto ebbesi lievissima emorragia, per altro, essendo facile dominare la superficie cruentata ivi allacciaronsi alcuni vasellini rimasti troncati e siccome sentivansi pulsare varie arterie in corrispondenza al luogo ove intendevasi troncare l'intestino e temevasi che il termo-cauterio fosse per essere insufficiente ad impedirne la emorragia, il prof. Rizzoli stringeva preventivamente mediante legature separate le due metà della di lui circonferenza ove mostravasi sano, e lo recise al di sotto servendosi ancora del termo-cauterio. Dall'ampia cavità rimasta e fattasi ancor maggiore per la retrazione dei tessuti, quantunque estesamente cauterizzata, incominciava poco dopo a gemere sangue da alcuni

punti e si dovette ricorrere ad ulteriori allacciature e cauterizzazioni per farlo cessare. Ne riusciva malagevole ciò fare attraverso ad una apertura che misurava centim. 17,5 dal coccige alla porzione di rafe superstite, centim. 10 da quest'ultimo punto al moncone intestinale e centimetri 7 dalla estremità del coccige verso il pube. Tamponata leggermente la ferita mediante filaticcio imbevuto nell'emostatico Pagliari, fu duopo nel primo giorno siringare il malato, le orine però fluirono spontanee in seguito. Tolto indi a due giorni il tampone non apparve accidente alcuno, e l'ampia ferita incominciò presto a granulare. Per un benefico processo di retrazione la bocca intestinale portavasi in basso, la pelle introflettevasi e le parti congiungevansi, riacquistando l'operato, in forza della porzione di sfintere lasciata, la facoltà di trattenere le feci.

Dall'esame che il prof. Taruffi eseguiva del pezzo esportato ne risultò essere la nuova produzione di natura fibrosa, d'onde una prognosi *felice* in quanto alla stabilità della guarigione.

Sc.

Il termo-cauterio nella cistotomia; del dott. THÉOPHILO AUGER. (*Gaz. Méd.*, 1877, v. 39).

Il nostro collega il dott. Parona si diede già premura di informare i lettori di questa Rivista intorno al nuovo stromento immaginato da Paquelin (*Ann. Univ. di Med.*, v. 240, *Parte Rivista*, pag. 472), indicando le norme per adoperarlo ed impedire che si guasti. Da allora vi vennero già portate delle modificazioni che ne permettono l'uso su più ampia scala, troviamo infatti in Gilette (*Chirurgie Journalière des Hôpitaux de Paris*; 1878, pag. 709), come le forme ne sieno state variate essendovene oltre che i retti a diverso diametro anche dei curvi a grande e piccolo diametro, e di quelli foggiati a cesoje pure rette o curve ed una delle cui lame d'acciaio viene applicata a freddo. Hansi così i cauterii a bottone ed a cilindro conico per la applicazione del caustico e per la cauterizzazione delle ferite avvelenate o sospettate tali; piccoli coltelli per le operazioni delicate quali la tracheotomia; quello puntuto per la ignipuntura, quello ancora più acuto pei tumori erettili; i cauterii curvi a gran diametro trasversale per agire sul collo dell'utero; a piccolo per i polipi naso-faringei; infine le cesoje rette o curve pei tumori peduncolati o le emorroidi.

Per quanto si faciliti però con simili congegni la applicazione del termo-cauterio di Paquelin, resta sempre per esso l'inconveniente di impegnare amendue le mani di chi l'adopera od esigere l'intervento di un assistente che segua col soffietto i movimenti di quello, ma a ciò abbiamo noi facilmente rimediato applicandovi un insufflattore a pedale e che a guisa di sandalo stando appeso ad un piede dell'operatore permette a questi anche di moversi.

Ma resta sempre per questa sorta di termo-cauterio una deficenza in confronto della galvano-caustica, di non poterlo cioè introdurre a

freddo quando devesi operare entro le cavità, e di non aversi con esso la forma ad ansa. Cionullameno molto si riesce a fare con esso ed a prova di ciò valgano e l'operazione del prof. Rizzoli riferita in capo a questa Rivista, e la applicazione che il dott. Auger, ne fece alla cistotomia.

A giustificare il suo modo di operare quest'Autore si riferisce alla necessità di risparmiare il sangue in certe operazioni, e di operare al sicuro dal punto di vista delle complicazioni traumatiche, cose sommamente desiderabili quando esista una infiammazione cronica delle vie orinarie od un indebolimento loro per prolungate suppurazioni della vescica o della prostata.

Nel primo tempo dell'operazione Auger introduce il catetere ordinario nell'uretra ed incide col termo-cauterio ordinario gli strati perineali in fino ad esso e ciò qualunque sii per essere la direzione del taglio. Per essere sicuro di incidere l'uretra od introduce una sonda scannellata lungo il solco del catetere, o vi poggia contro una sonda biforcata incidendo fra le braccia di essa. Nel secondo momento introduce in vescica un dilatatore a tre branche la cui superiore sii scannellata, ed all'aprirsi di esso l'orina sfugge. Asciugata in allora la ferita, massime nelle parti sue più profonde, si dirige, sempre col termo-cauterio, la incisione da quella parte che si desidera, ma perciò fare occorre un cauterio nascosto a guisa dei cistotomi di simil genere e che l'Autore chiama cisto-cauterio o litotomo termico. Consta cioè di una guaina protettrice e di una lamina di platino portata al colore rosso prima di introdurre lo stromento ed alla qual lama si può pure dare il desiderato grado di allontanamento. Questo litotomo viene introdotto lungo la scannellatura del dilatatore, si fa sortire la lama al punto voluto e lo si estrae lentamente dalla ferita, divaricando in allora il dilatatore riesce facile il vedere il basso fondo della vescica, afferrare il calcolo ed estrarlo.

Un tale metodo secondo Auger oltre ad essere incruento presenterebbe tutti i vantaggi della dieresi caustica; i liquidi putridi cioè scolano liberamente dalla ferita senza essere assorbiti essendo i vasi stati chiusi dalla azione del caustico senza la produzione di escara. Ciò almeno potè rilevare nell'unico caso da lui operato con simile processo, ma ammettendo che il fatto possa succedere quando si agisca cauterizzando con lentezza. La guarigione successe nel suo caso, ed era un adulto, in ventotto giorni.

A Verneuil capitò pure di praticare per tre volte il primo tempo della cistotomia mediante il termo-cauterio e la cicatrizzazione avvenne nei limiti ordinarii essendosi presentata al 4° o 5° giorno la ferita in piena granulazione.

In opposizione alla asserzione di Auger però starebbe l'esperienza di Mallez, il quale asserisce di avere per due volte praticata la cistotomia mediante il galvano-cauterio (o termo-cauterio ?) e di essersene trovato malcontento, essendovi stata la formazione di profonde escare con con-

secutiva enorme perdita di tessuti; aggiungendo poi che su 95 operazioni di pietra non incontrava che per una sol volta la emorragia, ed appunto per ciò Bruch vorrebbe che il processo di Auger venisse limitato agli adulti. Ma non cede a tali osservazioni Auger il quale si mostra convinto che il termo-cauterio qualora venga bene adoperato produrrà tutt'al più escare sottilissime, e che le emorragie in seguito alla cistotomia non sono rare avendone anche recentemente Guyon esposto un caso alla Società di chirurgia.

Con tutto ciò è facile il pronosticare come il termo-cauterio non potrà venire dai pratici addottato per una operazione, che prontamente e senza grande traumatismo può essere eseguita con altri mezzi, che quasi mai dà luogo all'accidente della emorragia presentando in questo caso sfortunato le parti in condizioni tali da potersi dominare. Infatti, se dessa fosse data dalla lesione dell'arteria pudenda interna potrebbe riescire preziosa l'uncipressione, in ogni caso poi la siringa a camicia imbevendo questa nell'emostatico Pagliari. Coloro poi che ponessero grande fiducia nel termo-cauterio quale otturante coll'azione sua le boccuccie dei vasi assorbenti potrebbero cauterizzare con quello stromento il tragitto della ferita non appena eseguita l'operazione.

Sc.

Il termo-cauterio nella tracheotomia; del dott. Krishaber. (*Union Médicale*, novembre 1877. N. 137).

Si trattava d'un uomo adulto, che da quattro anni presentava disturbi nella voce e da sei mesi dispnea fortissima. Il dott. Isambert, che esaminò l'ammalato col laringoscopo, riscontrava la presenza d'un polipo nella laringe. Si cercava distruggere il tumore colla cauterizzazione e difatti con tal mezzo sembrava diminuito notevolmente di volume: ma dopo pochi giorni gli accidenti sopraccennati ricomparivano e s'avea un'edema considerevole che obbligava ricorrere alla tracheotomia. Quest'operazione fu fatta dall'Autore in presenza del dott. Saint Germain. Le parti molli furono divise col termo-cauterio, due pinze emostatiche furon applicate su due vasi che davan un po'di sangue; la trachea fu aperta col bistorì, la cannula fu introdotta senza difficoltà e non sopraggiunsero accidenti consecutivi.

In due altri casi Krishaber avea adoperato un simile processo, che venne del pari seguito da Gilette; Poinsot e Mauriac invece penetravano col termo-cauterio nella trachea (*Della broncotomia*, del dott. E. Boccomini. « Ann. Univ. di med. » 1877, vol. 241, pag. 195) ma a questi ultimi si può rimproverare la facilità di arrecare scottature all'organo come già si fece rispetto a Roux, Legouest, Saint-Germain, De Ranse e Muron che la eseguivano col caustico attuale adoperato coi cauterii comuni.

Bossi.

Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia; del dott. BERGERON. (*Union Medicale*. Novembre 1877. N. 136).

L'Autore racconta d'un fanciullo che affetto da crup era stato operato di tracheotomia ed il quale alloraquando gli fu levata la cannula, circa tre settimane dopo l'operazione, fu preso tosto da tale accesso di soffocazione che sarebbesi dovuto introdurre il dilatatore per farlo respirare se la cannula di ricambio non fosse stata pronta. Venti o ventidue giorni dopo la tracheotomia e quando la febbre era da tempo cessata e che ogni traccia di difterite era sparita, il fanciullo fu preso da polmonite e moriva nella ventiseiesima giornata.

Or bene all'autopsia, l'Autore trovò al punto dell'orificio inferiore della laringe e ad un centimetro della ferita tracheale un piccolo polipo peduncolato, che, probabilmente molto più voluminoso durante la vita, faceva l'ufficio di turacciolo ostruendo il lume della trachea e spinto sulla mucosa tracheale provocava uno spasmo da affrettare la soffocazione. La presenza di questo polipo spiega perchè, nel fanciullo molto tempo prima d'esser preso dalla difterite, una semplice tracheite bastava per produrgli la tosse stridente ed accessi di soffocazione.

L'Autore pensa, che sotto l'influenza d'ogni leggera irritazione della membrana mucosa il polipo aumentasse di volume e producesse questi sintomi di dispnea, segnalati dai parenti; e crede esser facile capire come dopo la difterite il tumore cresciuto più del solito ostruisse più o meno completamente la trachea.

BOSSI.

Esportazione della laringe; per DAVIDE FOULIS. (*Lancet*, 13 ottobre 1877).

Nell'aprile 1876 I. H. d'anni 28, piegatore di panni in un opificio si presentò al dispensario per le malattie della gola via Dundos in Londra lagnandosi di raucedine. Il paziente era di color giallicio, e da quanto ebbe a narrare sembra che da epoca assai remota non godesse buona salute. Tralasciando i particolari, basta soltanto di dire che all'età di 21 anni, fu colto da una forte raffreddore dopo un bagno, e che questo gli stette adosso per dieci mesi. In quell'epoca il paziente era rauco ma gradatamente riacquistò la sua voce, sebbene si trovasse permanentemente incapacitato a cantare. Un anno fa il paziente ritornò al dispensario di Foulis, perchè la voce erasi di nuovo fatta così rauca da accagionargli delle gravi noie. Egli accertava di non poter gridare, e che le sue parole di sovente apparivano come tagliate a mezzo d'improvviso, essendo l'ultima metà della parola affatto inintelligibile, anche all'ammalato stesso. Non accusava dolore, nè difficoltà a deglutire, ma egli provava « un senso di asciuttezza » nel tubo aereo. Egli si disse facile ai raffreddori, d'avere giammai sputato sangue, che la tendenza ai sudori notturni che dapprima lo molestavano erano cessati, che l'intestino funzionava regolarmente e l'appetito era buono.

Coll'esame, si trovò il torace ristretto, l'apice destro un poco appianato ed ottuso alla percussione. In corrispondenza di quest' area ottusa il mormorio espiratorio era cupo e prolungato, ed era aumentata la risonanza vocale. Gli altri visceri toracici ed addominali, sembravano essere in buone condizioni; per cui in base anche agli antecedenti dell'ammalato, Foulis venne alla conclusione che i sintomi rilevati all'apice destro non indicavano una affezione attiva polmonare.

Col laringoscopio si potè chiaramente vedere un tumore d' aspetto verrucoso, sviluppantesi sotto l' estremità anteriore della corda vocale sinistra. Il tumore aveva il volume di un pisello verde, il suo colore era di garofano bigio pallido. Il resto delle corde vocali e della laringe erano normali. Nella fonazione le corde chiuse sopra il tumore, lo nascondevano. Con più minuto esame, il tumore appariva di consistenza molle, sessile, con base abbastanza larga. Tale essendo il caso, Foulis propose al paziente di rimoverlo con un'incisione esterna.

Le condizioni del paziente impedirono all' autore di operarlo a domicilio, e perciò il dott. G. Buchanan gentilmente lo ricoverò nell' infermeria di Vesten, ed a richiesta di Foulis al 19 maggio 1876 gli praticò la cricotomia, facendo un'incisione verticale anteriormente alla laringe dalla metà della cartilagine tiroide al primo anello della trachea tagliando e legando il ramo crico-tiroideo dell'arteria laringea superiore, e poscia dividendo la membrana crico-tiroidea e la cartilagine cricoide sulla linea mediana. La cartilagine cricoide fu facilmente tenuta divari cata da due uncini, ed allora il tumore restò in luce. Ma questo si trovò così molle da rompersi sotto la presa, e fu rimosso a spizzico e la base tagliata netta colle forbici e toccata col caustico solido. Non si fece uso nè di cucitura nè di tubi.

Il microscopio mostrò che la tessitura del tumore era quella di un papilloma ricco di cellule.

Il paziente guarì assai bene e la ferita nella maggior parte delle sua estensione cicatrizzò, restando solo una piccola fistola in cerrispondenza della membrana crico-tiroidea.. Allargandosi poi questa fistola fino alla lunghezza di un pollice, Buchanan al 30 settembre 1876, cruentò le estremità dell' apertura con risultato parziale, persistendo la fistola all'estremità inferiore della ferita.

In quest' epoca all' incirca, Foulis rilevò col laringoscopio, che nel luogo primitivo era riapparso un nodulo assai rassomigliante al tumore originale, e coll' esame ripetuto potè constatare che aumentava di volume ed aveva gli stessi caratteri del tumore precedente. Nell' aprile 1877 il paziente accusando una fistola all'ano fu tolta col taglio.

Per qualche tempo si continuò a fare sul tumore laringeo delle insufflazioni di tannino con l'istromento di Schroetter, ma senza alcun effetto, per cui Foulis fece al paziente la proposta di spaccare la laringe più liberamente di prima, e tentare l'esportazione radicale del tumore. Accondiscendendo il paziente, al 16 aprile 1877 si praticò la tirotomia

facendo sulla linea mediana un incisione dall'estremità superiore della cartilagine tiroidea al primo anello della trachea, comprendendovi la fistola laringea. Cessato il gemizio sanguigno introdusse si un bistori bottonuto all'in alto tra le corde vocali e divise completamente la cartilagine tiroidea sulla linea mediana. Le due valve della laringe furono divaricate con uncini e poscia il tumore fu esportato colla forbice. La sede del tumore fu allora accuratamente cauterizzata col cauterio attuale, ed i margini della ferita avvicinati con cucitura di filo d'argento superficiale e profonda, essendo stato in precedenza esportati i margini dell'antica apertura. Nella seconda fase dell'operazione l'ammalato cessò di essere sotto l'influenza del cloroformio, e fu rilevato che quando le due valve della laringe furono ravvicinate, la voce si fece riudire abbastanza forte, benchè alquanto rauca. Il tumore esportato era perfettamente del volume e dell'aspetto di un lampone. La tessitura microscopica era uguale a quella del primo caso, con forse più di cellule rotonde o di tessuto sarcomatoso.

Ogni cosa procedette in bene fino al 20 aprile, quattro giorni dopo l'operazione. In questo giorno il paziente ebbe un brivido con mal di capo e di gola; la temperatura salì a 104°, il polso a 105. Questo proveniva dalla presenza di un rossore resipelatoso al lato sinistro del collo. I punti di cucitura furono rimossi, ed il paziente fu accuratamente alimentato ad intervalli regolari con brodi, carne e brandy. In tre giorni la temperatura discese al normale, la ferita cicatrizzò in ogni punto, tranne che nel luogo dell'antica fistola laringea corrispondente alla membrana crico-tiroidea. L'ammalato fu mandato a casa in buona salute tre settimane dopo l'operazione.

Ma già nel luglio il tumore cominciava a ricomparire e rapidamente oltrepassò il volume primitivo, motivo per cui dopo alquanta esitazione il paziente si decise per l'esportazione della laringe, che fu eseguita da Foulis il 10 settembre 1877. Questi cominciò col praticare una incisione mediana che dalla parte superiore dell' osso joide discendeva fin circa un pollice sotto la cartilagine cricoide. Un piumacciolo di tela fu messo nella fistola per impedire l'entrata del sangue nel tubo aereo. I tessuti molli furono in seguito accuratamente distaccati dalle cartilagini laringee ed all'indietro dalla faringe, prima da una parte poi dall' altra, avendo cura di allacciare ogni più piccolo vaso che sanguinava. Non vi fu molta emorragia e bastò semplicemente aspettare perchè il gemizio cessasse e lasciasse il campo libero, per ultimare quanto restava a fare. L'estremità superiore della trachea fu scoperta, tirata all' innanzi con uncini e divisa al primo anello. Fu leggermente incisa la membrana mucosa trasversalmente dietro della trachea, e fu introdotto un tubo curvo a sifone nella trachea allo scopo di impedire l'entrata in essa del sangue, e di portare la respirazione fuori del campo operativo. L'intelatura cartilaginea della laringe fu allora portata fuori con un uncino ottuso e liberata da suoi attacchi superiori e circostanti. Foulis era dapprima inten-

zionato di lasciare in posto il margine superiore della cartilagine tiroide per formare un arco, il quale impedisse alla ferita di cicatrizzare troppo strettamente, ma trovò che il tumore si era propagato all'insù lungo la cicatrice prodotta dall'operazione della tirotomia e questo rese necessaria l'esportazione di tutta la parte anteriore della cartilagine tiroide. Le corna superiori di questa cartilagine, furono lasciate in posto come anche metà della cartilagine aritnoide, essendo questa parte perfettamente fuori del campo ammalato. L'apertura laringea fu fissata alla pelle da ambo i lati con due punti di cucitura metallica passati profondamente nei tessuti. Non si fece altra cucitura o medicazione.

L'ordinario tubo da tracheotomia essendo troppo piccolo per impedire la filtrazione nella trachea dei liquidi, per le prime venti ore fu lasciato in posto il tubo sifone e poscia fu sostituito da un più ampio tubo di gutta perca, e finalmente da un altro di vulcanite, il quale si adattava perfettamente alla trachea.

L'operazione durò due ore e mezzo. Tosto che l'ammalato fu posto nel suo letto gli si praticò un' iniezione sottocutanea di un terzo di grano di morfina. Nella prima notte vi furono degli impeti di vomito, i quali resero necessaria l'introduzione di alimenti pel retto, invece che dallo stomaco, ma dopo le 24 ore, questa tendenza al vomito cessò, e si potè con un catetere elastico N. 12 far passare per la gola delle sostanze liquide nutrienti ogni cinque ore. Quest'operazione era facilitata dall'uso della pompa stomacale di Yellowless.

La guarigione dopo l'operazione progredì in modo regolare. Nella prima settimana la temperatura salì al massimo a 99°,8 F., alla mattina; e 101°,4 nella sera, ed il polso 106. All'undicesimo giorno dopo l'operazione tanto il polso che la temperatura erano normali.

Fino a quest'epoca la temperatura della camera fu mantenuta a 73° F., e l'aria attorno al letto molto impregnata di acido carbolico. In quinta giornata il paziente poteva tranguglare liquidi liberamente. Al nono giorno potè deglutire del beef tea liberamente e senza dolore.

All'esame della parte rimossa, Foulis trovò che il tumore nella superficie inferiore della corda vocale sinistra non erasi nella sua base allargata, ma che quivi formava una massa peduncolata nella trachea fin giù al primo anello. Essa riempiva la trachea in tal guisa da far meraviglia, del come il paziente potesse respirare, rimanendo appena una fessura nel lume del tubo aereo. In alto il tumore si estendeva sulla linea dell' incisione fatta per la tirotomia, dove era molle d'aspetto frangiato di color rosso grigiastro, ed aveva una struttura sarcomatosa.

Quantunque un mese dopo l'operazione il paziente stesse assai bene tuttavia Foulis fa del caso una prognosi assai riservata per l'estensione e natura del tumore.

PARONA.

Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago; del professor E. Bottini. (*Giorn. della R. Accademia di Torino*, 1877, N. 15).

Un negoziante, di 48 anni, senza concomitanze od antecedenti che avessero rapporto colla affezione che presentava, in sul principiare dell'anno 1877 veniva preso da dolori lancinanti alla regione sovraioidea ove appariva una piccola tumidezza, e che riconosciuta per una neoplasia della laringe veniva ma inutilmente curata mediante insufflazioni di polvere di tannino e l'applicazione locale di solventi. Frattanto il tumore cresceva in volume, la voce facevasi fiocca e quasi impercettibile, la deglutizione inceppata, ed i dolori insorgevano frequenti.

Dai rilievi fatti dal prof. Bottini mediante il laringoscopio ne risultava che « l'epiglottide era spostata a sinistra e pochissimo mobile, la glottide pure rivolta in questa direzione ed integralmente alterata da una massa uniforme di aspetto rossigno, che attorniava tutta la glottide, le corde vocali spurie assai deformate e poco mobili; punto visibili le vere. »

All'esame esterno la laringe vedevasi ingrossata massime trasversalmente, con una nodosità al lato destro verso l'alto, la voce era sommessa volta a volta afonica, il respiro affatto libero, nessun rumore sentivasi all'ascoltazione. Tutto ciò faceva credere alla esistenza di un neoplasma probabilmente d'indole maligna, ma, stante la stagione in allora invernale non creduta propizia per operare, il prof. Bottini consigliava l'uso intorno degli arsenicali e la continuazione dei solventi esterni e che, come era da prevedersi, riescirono inutili; anzi, il paziente indi a sei mesi presentava il tumore notabilmente ingrossato, col diametro trasverso di 66 millimetri e l'altezza di 44; le sofferenze eransi esacerbate aggiungendovisi una disfagia tale da permettere solo la ingestione di sostanze liquide, la afonia era completa, e col laringoscopio si scorgeva come la massa fungosa avesse completamente investita la epiglottide, la respirazione per altro era affatto libera, lo stato generale abbastanza buono, e gli organi del respiro perfettamente sani.

Decisasi la esportazione della laringe, rifiutata dall'operando la tracheotomia preparatoria, e premessa la anestesia generale adoperando la miscela di cloroforme, alcool ed etere, l'operatore praticava col coltello galvanico una incisione a lettera T, e disseccati ed arrovesciati i lembi staccava dalle loro inserzioni superiori i muscoli sterno-ioidei e sterno-tiroidei non che i due omoplata-ioidei ponendo così a nudo la laringe. Si vide in allora che dal corpo della cartilagine tiroidea destra spiccava una escrescenza cavoliforme attorniata da minutissime vene e la esportava col coltello per riescire ad isolare meglio l'organo poggiante direttamente sui vasi carotidei, ma accintovisi mediante la semplice pinzetta e la sonda dovette desistere per l'imponente gemizio che veniva provocato, per cui dato di piglio di nuovo al coltello galvanico potè arrestare con esso la perdita di sangue ed isolare bene la parte che si intendeva esportare.

Aperse in allora la membrana tiro-cricoidea e vedendo come la massa morbosa fosse nettamente limitata in alto ed integra affatto la porzione inferiore del canale respiratorio, introdusse per la apertura praticata una grossa cannula tracheale in gomma indurita. Cercava in allora di isolare la laringe dall'esofago e vedendone la parete anteriore compresa nella alterazione morbosa decise di sacrificarla. Circondava pertanto con un' ansa l'esofago in un colla laringe, e tuttochè ne restasse compreso il largo suggello della cartilagine cricoide in più punti ossificata, pure infuocato il filo anche le parti ossee vennero recise con tutta facilità. Sollevava in allora con uncini acuti e colla pinzetta di Musseux la laringe in parte staccata e ne recise la base ancora aderente in alto e posteriormente servendosi di un' altra ansa e con pochi giri di ruota la staccava completamente.

L'operazione, tranne che durante l' uso della sonda sovraccennata, riescì affatto incruenta. La ferita veniva riempiuta con bambagia fenicata dopo avere introdotto nello stomaco una sonda esofagea con cui si somministrarono cordiali al paziente. Ma non sembra che con questi ed altri mezzi siisi riescito a riaverlo dal generale abbattimento, dacchè dopo avere presentati in seconda giornata i segni di processo gangrenoso locale, ipofonesi al polmone destro, indi al sinistro, ne avendo mai la temperatura passati i 38° gradi prima degli estremi momenti, la morte avveniva alla quarta giornata dall'operazione.

La degenerazione era costituita da un' epitelioma a cellule pavimentose.

Sc.

Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione; dei dottori Filiette e Cazin. (*Gazette des Hopitaux*, N. 14, 8-22 dicembre 1877).

Un mozzo trovandosi a bordo di un battello, veniva colpito alla testa da un pezzo di una grossa trave. Perdeva tosto la coscienza: dieci minuti dopo avea vomiti di sostanze alimentari, poi di vischiosità e di sangue. Tutto il resto della giornata e anche del dì appresso, restava in istato semi-comatoso. Al giorno dopo, la coscienza s'era ridestata e l'ammalato giocava alle carte. Constatavasi una piccola ferita lineare, verticale, del diametro di due centimetri, situata al disotto del centro del parietale sinistro ed al posto di essa rilevavasi una frattura con infossamento. I muscoli della faccia erano paralizzati dal lato della frattura e dall'istessa parte eravi midriasi. Il malato era afasico, il polso regolare, la temperatura normale. La vescica ed il retto funzionavano bene. Questo stato durava due giorni; nel terzo s' aveano convulsioni epitelliformi d'una durata da tre a cinque minuti. Il polso restava a settantadue.

Il dott. Filette pensava doversi far tosto la trapanazione e chiamava perciò il collega Cazin, ma all'ultimo momento il padre dell' infermo si opponeva assolutamente all' operazione. Il dì appresso, il polso era a

sessanta, il ferito giocava alle carte; all'indomani il miglioramento persisteva. Tre giorni dopo la paralisi facciale e la midriasi scomparivano; ed infine, nel quinto giorno, l'ammalato riprendeva le sue abituali incumbenze.

L'Autore l'ha riveduto undici mesi dopo, e malgrado la persistenza dell'infossamento, la salute era sempre stata ottima.

Bossi.

Sopra un caso di cefalocele acquisito in causa di caduta; del dottor Herman Kraussold. (*Archiv für klinische Chirurgie*).

Per una frattura guarita deformemente della coscia e gamba sinistra venne portata nella Clinica di Bergmann una ragazzina d' un anno e mezzo. La madre della bambina era perfettamente sana ed avea dato alla luce altri tre figli sani e vigorosi. Il parto della ragazzina in discorso era pure stato facile e compiuto senza alcun soccorso dell'arte. La bambina venne al mondo, anche secondo la testimonianza della levatrice, ben sviluppata e perfettamente disposta, e, nominatamente al cranio, senza deformità di sorta. A nove mesi dessa cadde dal letto, senza che la madre, la quale di giorno era sempre assente, sappia indicare come, e si produsse così una frattura della coscia e gamba sinistra. Le fratture tenute insieme con stecche guarirono molto tardi nella maniera deforme, che verrà indicata. Due giorni dopo, la ragazzina cadde di nuovo ma la madre era assente e seppe solo che avea gridato fortemente e che non avea perduto il senso. La madre fa datare o da questa caduta o dall' antecedente la comparsa di una tumefazione molle alla parete destra del cranio della bambina, della quale erasene accorta per la prima volta la sera dopo il secondo accidente. Questa tumefazione dovè in principio essere stata grossa circa come il pugno d' un adulto ed essersi poi ridotta a metà volume. La piccola paziente fu inquieta nel primo giorno dopo l'ultimo accidente occorsogli: però nè la madre nè le custodi s' accorsero che la stessa presentasse speciali cambiamenti.

Nella Clinica la bambina si presentò molto vigorosa, ben formata e sorprendentemente grassa, con testa grossa, superiormente schiacciata e coll'estremità inferiore sinistra accorciata di 3-4 centimetri. La gamba sinistra era curvata in modo che la tibia appariva circa nel mezzo. piegata ad angolo di 150° colla convessità rivolta internamente e posteriormente. La coscia sinistra era, circa alla metà, piegata infuori ed anteriormente. Il cranio a prima vista appariva quasi somigliante a quello dell'idrocefalo, mentre il piano frontale dal margine dei capelli si volgeva da avanti indietro obbliquamente verso la glabella: esso era molto grosso e largo. La distanza da una bozza parietale all'altra (tenendo il nastro addossato al cranio) era circa di 18 centimetri, quella dalla glabella alla punta della sutura lambdoidea misurava 24 centimetri, la distanza da una punta della conca d'un orecchio all'altra era di 28 centimetri. L'occipite era in modo rimarchevole poco arcuato. La grande fontanella si sentiva

ancora molto chiaramente, era però ristretta; la radice del naso larga e fortemente schiacciata. Sul resto del cranio, proporzionatamente sviluppato, faceva prominenza ed era nell'occhio la regione della protuberanza parietale destra. Questa prominenza constava di un tumore elittico nella sua totalità, alquanto irregolare, il quale misurava nella direzione della linea sagittale 9 centimetri e 5 nella verticale. Esso non era molto teso e colla superficie superiore, non molto soda, passava gradatamente nella vòlta cranica: faceva chiaramente vedere pulsazioni sincrone ai battiti cardiaci; collo stetoscopio applicatòsi sopra non si udiva alcun rumore: nè percepivasi fremito di sorta. La pelle e la lunghezza dei capelli sopra il tumore era come negli altri luoghi del cranio: la pelle si lasciava sollevare in pieghe.

Il tumore, il quale presentavasi oscuramente fluttuante in tutta la sua estensione, si lasciava vuotare completamente colla pressione, cessata la quale si riempiva di nuovo molto rapidamente sotto pulsazioni sincrone ai battiti cardiaci. Per quanto forte tale compressione non produceva dolore; nè pare che la bambina ne venisse incomodata, all'infuori di qualche fenomeno cerebrale. Le pupille restavano egualmente dilatate e reagivano come di norma; colla espirazione forzata il tumore si rendeva molto più teso.

Quando colla pressione si svuotava il tumore, si sentiva una apertura molto profonda, conterminata da orli ossei arrotondati, quasi sfondati, acuti. Colla pressione più profonda, anche nella narcosi, non si poteva trovare che il fondo dell'apertura sia osseo; e fosse anzi provato due volte per mezzo della puntura che tale apertura non aveva base ossea, ma che entrava nel cavo cranico. Gli orli di essa apertura si lasciavano dappertutto seguire; e non erano mobili. Detta apertura ossea cominciava a 2 centimetri e mezzo sopra la punta della sutura lambdoidea. Il suo orlo superiore più alto restava a destra della linea mediana dell'occipite e circa un centimetro e mezzo distante 8 centimetri dall'apice della conca dell'orecchio destro; la sua punta anteriore corrispondeva ad una linea verticale tirata dal trago in su e stava sopra una linea tirata dalla bozza frontale direttamente indietro.

Sotto al confine anteriore dell'orlo superiore si trovava un tumore fluttuante, completamente isolato, quasi rotondo, alquanto molle, a pareti liscie, grosso poco meno d'una noce, che non pulsava, che era movibile in ogni direzione. La pelle che lo ricopriva era normale. Sul resto del corpo non si trovava nulla di notevole: anche le mammelle erano normalmente sviluppate. La fanciulla era molto vispa, appariscente, intelligente, non sucida godeva di ottimo appetito. Nei due mesi del suo soggiorno dell'ospedale furono tolte le deformità colla osteotomia delle ossa già fratturate; ed a scopo diagnostico, una volta durante la narcosi cloroformica e un'altra senza narcosi, fu praticata la puntura del tumore con un ago adatto (ai 18 gennaio 1876 e ai 16 febbraio 1876), senza mai por-

tare alcun fenomeno di reazione. L'ago fu spinto profondamente nel tumore per 5-6 centim. senza che arrivasse su di un fondo osseo, e si svuotava in ambedue le volte un liquido chiaro, sieroso, giallo, limpido. Dopo la prima puntura sembrò che per qualche tempo il tumore restasse più floscio e fosse diventato più piccolo e questo fatto si osservò anche dopo la seconda puntura, sebbene ambedue le volte fossero uscite solo alcune goccie di siero. La ragazza fu licenziata coll'arto raddrizzato e col consiglio di portare sopra la sede del tumore un mezzo protettore adattato. Per quanto riguarda l'ammissibilità della diagnosi del caso, cioè di un cefalocele presentatosi dopo il parto per trauma, l'Autore aggiunge, che dovendosi ritenere giusta la deposizione della madre, della quale non c'è motivo alcuno di dubitare, si deve porre in relazione la repentina comparsa del tumore sul cranio colla caduta dal letto. È certo d'altronde che la madre, che vedeva la bambina tutti i giorni, non sarebbe stata 9 mesi senza accorgersi di un tumore grosso come il pugno d'un adulto, se esso fosse stato congenito od acquisito durante il parto, che fu del resto normale. Che poi il tumore in discorso fosse un cefalocele era abbastanza dimostrato dall'uscita di siero dalle punture, dalla sua compressibilità, e dall'assoluta mancanza di reazione durante la compressione. Non si potrebbe però con sicurezza dire se si trattasse un meningocele o se contenesse veramente una parte di cervello, la prima idea è la più verosimile.

L'origine traumatica del tumore è quindi molto probabile ed è sicuro che si trattasse cefalocele per i sintomi obbiettivi che l'accompagnavano. È poi di speciale interesse, oltrecchè l'origine e la sede del tumore, la mancanza di ogni sintomo cerebrale anche colla pressione: perciò l'Autore volle far conoscere questo caso che è unico nel suo genere ed aggiungerlo alle due osservazioni di Havard (*Lancet*, 1869, vol. II, pag. 3) e di Smitz.

CAVAGNIS.

Estirpazione completa della parotide; del dott. FLAVIO VALERANI. (*Gazz. delle Cliniche di Torino*, 1877).

Una contadina, d'anni 41, di robusta costituzione fisica, maritata da 21 anni aveva felicemente condotte a termine undici gravidanze allattando essa stessa tutti i suoi bimbi, l'ultimo dei quali partorito da due anni; non aveva mai sofferto malattie di rilievo. Da circa quattro anni però all'epoca del penultimo suo parto si accorgeva della insorgenza di un tumoretto alla regione parotidea destra, il quale essendo mobile e del volume di una nocciuola era stato giudicato per semplice ingorgo glandulare, ma inutilmente curato con pomate risolventi; desso andava anzi gradatamente, e quasi senza recare molestia, crescendo fino a questi ultimi mesi nel qual tempo insorsero tratto tratto dolori lancinanti, per cui la donna si decise di porsi sotto cura.

Alla regione parotidea destra faceva sporgenza un tumore avente il volume di un pugno, di forma ovoidea e col massimo diametro di-

retto in senso verticale e limitato posteriormente dallo sterno cleido-mastoideo in parte ricoperto; in avanti appoggiava in parte sulla branca del mascellare arrivando fin quasi all' arcata zigomatica; in alto sollevava il lobulo dell' occhio che rimaneva spostato e quasi conglobato col neoplasma; in basso il tumore si arrestava a tre dita trasverse al di sopra dell'estremità sternale della clavicola. Abbracciandolo fra le dita e cercando di smoverlo lo si sentiva profondamente aderente permettendo movimenti assai limitati. Aveva una superficie liscia e soltanto in basso ed in alto si notava una specie di lobo con rialzo assai accentuato; la consistenza non era uniforme, apparendo molle e cedevole in quest' ultimo luogo, di notevole durezza nella parte posteriore e superiore. La pelle che lo ricopriva era sana e scorrevole su di esso. Era indolente al tatto ed alla pressione, senza la concomitanza di qualsiasi ingorgo glandulare.

Qualunque fosse per essere il substrato del tumore, se cioè periferico od inerente alla glandula parotide, una sola ne era la indicazione quella cioè di esportarlo come quello che senza dubbio presentava una natura maligna; nè a tale atto il dott. Valerani potè tosto addivenire perocchè essendo la donna lattante, occorsero 19 giorni perchè scomparsa interamente la secrezione lattea la si potesse operare.

Sperando l' operatore di avere a che fare con un tumore perighiandolare anzichè della parotide, si limitava a far precedere la anestesia locale portata alla completa insensibilità. Praticava in allora un' incisione a convessità posteriore dalla apofisi mastoidea fino all' apice del tumore, indi una seconda a convessità anteriore unente i punti terminali della prima, circoscriveva così uno spazio elittico molto allungato abbracciante col tumore un tratto di pelle da esportarsi con esso. Fatta la dissezione dei lembi si incominciava quella del tumore dalla parte posteriore superiore liberandone facilmente il lobulo dell'orecchio, ma più stipate erano le aderenze collo sterno-cleido-mastoideo e tenacissime quelle che il tumore aveva contratte col massetere e colla branca mascellare; si avvide in allora il dott. Valerani che il neoplasma si approfondava nella escavazione della parotide epperò servendosi più delle dita e di stromenti ottusi che delle forbici e del bistorì, ne rompeva le fitte aderenze periferiche isolando ed allacciando i vasi arteriosi che incontravansi. Legata l' arteria trasversale della faccia, la auricolare posteriore, la occipitale non che la vena giugulare esterna, e quando la dissezione era quasi ultimata l' operatore sentiva col dito la carotide esterna a pulsare al lato esterno del tumore e che vi penetrava, isolatala quindi con molta cautela, la allacciava in due punti e fra essi la recideva, riescì in allora a svellere senza pericolo, ma ancora con discreta fatica il tumore, restandone denudati lo sterno-cleido-mastoideo, il digastrico, lo stilo-joideo, del pari vedevansi allo scoperto l' apofisi mastoidea, la stiloidea e la branca del mascellare, senza restare in sito traccia della parotide. Irrorata la ferita mediante emostatico del Pagliari

onde frenare il leggero gemizio sanguigno, indi con acqua fenicata, venivano i lembi cutanei riuniti con punti di sutura intercisa dopo avervi collocato nel fondo un tubo a drenaggio.

Quale conseguenza immediata della operazione non si ebbe ad osservare che la paralisi del settimo nervo cerebrale destro perchè reciso; ma l'esito fu dei più fortunati, insorse infatti pochissima reazione, e continuando attraverso al tubo i lavacri con acqua fenicata si ottenne la cicatrizzazione per coalito immediato dei lembi cutanei, ed un rapido germogliare delle granulazioni interne; i lacci posti sulle arterie minori caddero dal 18.° al 24.° giorno, quelli della carotide al 34.° venendo in allora la operata dimessa; a due settimane dopo la cicatrizzazione era completa.

L'esame del tumore istituito dal prof. Bizzozero dimostrava poi come realmente il di lui substrato fosse nella glandula parotidea presentando appunto quella svariata combinazione di tessuti che si è soliti vedere nelle neoformazioni organizzantisi nelle glandule salivari, eravi la disposizione degli elementi epiteliari sotto forma di cordoni costituiti da cellule pavimentose o di tubi tappezzati da cellule epiteliali cilindriche anastomizzati fra loro in modo da costituire una rete a maglie, ora larghe ora assai piccole, per cui tale disposizione ricordava quella di alcune specie di cancri epiteliali, di cui probabilmente il tumore stava per assumere la significazione patologica.

Esposta questa intesessantissima osservazione il dott. Valerani fa a sè stesso la domanda se il caso suo possa venire a giusto titolo annoverato fra i pochi tuttora esistenti di totale esportazione della parotide, e per rispondervi esamina se desso presenti o meno i criteri dal Beclard voluti per ammetterlo e che sarebbero: 1.° La lesione nell'atto operativo della carotide esterna; 2.° La lesione del tronco del nervo facciale, con consecutiva e permanente paralisi del lato corrispondente della faccia; 3.° La cavità parotidea libera da qualsiasi rimanenza glandulare e 4.° Le risultanze istologiche del tumore asportato, e facile gli riesce di mostrare la perfetta sussistenza di tutti questi argomenti. A maggiore prova infine l'Autore aggiunge a questi il criterio del Malagodi suggerito e provato dalla obliterazione cioè del dutto stenoniano e della aridità sulla secrezione parotidea, che appunto assistevano nel suo operato.

Sc.

Un contributo alla conoscenza della ranula; del prof. E. Neumann. (*Archiv. für Klinische Chirurgie, ecc.*).

Fino dall'estate del 1874 Neumann aveva avuto occasione di sottomettere ad un accurato esame anatomico un pezzo della parete di una grossa ranula escisa da Schönborn. Siccome il risultato dello stesso è poco in armonia colle idee generalmente diffuse sull'origine tanto discussa di questo tumore, così Neumann trova interessante il farlo conoscere.

Della storia della malattia l'Autore è sgraziatamente solo in grado

di comunicare che la cisti in discorso apparteneva a un operaio di 54 anni, che l'avea riportata dalla nascita, ma che solo nell'ultimo anno ne avea osservata una cresciuta rapida. Essa avea alla fine raggiunto una tale grossezza, che la lingua era spinta posteriormente nel cavo faringeo, ed erano insorte gravi molestie sì nel parlare che nel deglutire. Coll'ispezione della bocca non si poteva vedere punto la lingua, ma si osservava invece un tumore squisitamente fluttuante, che dal fondo della bocca sporgeva nella cavità della medesima in alto ed in dietro.

Dalla parte anteriore di esso fu asportato una porzione elissoide, circa della lunghezza di 2" e 1|2 e della larghezza di 1' e 1|2, ricoperta dalla mucosa boccale, che presentò la seguente struttura: Si distingueva chiaramente la membrana cistica propria e la mucosa, che ne ricopriva la parte esterna; queste due membrane erano unite insieme da un tessuto connettivo rilassato, nel quale stava un frammento di strato muscolare esile, che constava di fibre striate. La mucosa aveva struttura normale: solo era a notarsi che le glandole, che si trovavano nella sua faccia inferiore erano forse alquanto più sviluppate che d'ordinario. Per quanto riguarda la membrana della cisti stessa, si vedeva che era ricca di fibre elastiche e perciò si ritraeva quasi di più della mucosa, ed appariva come una membrana convenientemente fitta, coerente, soda, grossa un millimetro, di colore sbiadito. La sua faccia interna era raggrinzata, quasi rugosa, senza splendore, bianchiccia.

L'esame microscopico fu eseguito in parte su preparati freschi, in parte mediante trattamento col liquido di Müller e l' indurimento nell'alcool. Esso fece vedere anzitutto un epitelio vibratile che copriva la superficie libera della membrana. Consta per la più parte di cellule di forma ordinaria, coll'apice conico, che spesso terminava inferiormente in due o più punte, fra le quali si trovavano cellule arrotondate. Queste ciglia, erano lunghe circa 0,005 millimetri, la lunghezza delle cellule toccava talora 0,016 millimetri, la loro larghezza oscillava fra 0,003 e 0,005 mill. I nuclei delle cellule erano ovali, bislunghi, larghi 0,005 mill. Il rapporto di quelle cellule vibratili colle piccole cellule rotonde, disposte al disotto in strato semplice (o composto?) non era ben chiaro, inquantochè non si potè ben vedere se queste ultime formavano uno strato speciale, sopra il quale stavano le cellule vibratili, oppure se esse erano intromesse fra le terminazioni delle cellule vibratili stesse: però l'Autore ritiene più verosimile la prima opinione, perchè l'altezza di tutto l'epitelio esaminato in sito era maggiore della sopradettà delle cellule vibratili isolate. Le cellule a calice non furono dimostrate.

Al disotto dell'epitelio si trovava uno strato terminale jalino (Basement membrane), il quale si lasciava distaccare dalla rimanente parte fibrosa della parete della cisti insieme con una membrana soda sottoposta, formata da una rete serrata di fibre elastiche. Per ultimo si scorgeva uno strato interno, composto di fasci fibrosi robusti, fortemente collegati, stratificati a lamelle, con pochi elementi cellulari, e uno strato

esteriore, nel quale i fasci fibrosi formavano un intreccio soffice ed irregolare. Vi erano poi grossi rami vasali e numerosi accumuli di piccoli corpuscoli linfoidi, parecchi dei quali seguivano specialmente le vie dei vasi.

Il contenuto della cisti non offerse alcunchè di caratteristico. Esso consisteva in un liquido viscido, sporco, rosso-fosco, contenente molti corpuscoli rossi del sangue recenti e vecchi, scoloriti, molte cellule pallide, rotonde, finamente granulose, la di cui grandezza superava molto quella delle cellule ordinarie incolore del sangue, ed inoltre dei corpi cellulari, omogenei, splendenti, colloidi, parimenti numerosi, delle più differenti grossezze, molti dei quali erano provvisti di uno o più ramoli.

L'Autore all'epoca dell'esame credeva trattarsi d'una formazione eterotopa dell'epitelio vibratile in uno spazio cavo, la cui natura non si poteva ben determinare. Ma l'interessante dissertazione di Bockdalek juniore *Sul forame cieco della lingua* (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Medicin*, 1866. N. 36, 37, 42, 43, 44, 45 con un' aggiunta nel *Reichert's und du Bois Archiv* 1867, pag. 775), lo indusse nell'opinione che quella ranula dipendesse da un'ectasia dell' apparato otricolare nascosto nella radice della lingua, fatto conoscere da Bockdalek.

Questi infatti anzitutto fece conoscere che molto frequentemente (12 volte su 50 casi) il così detto forame cieco della lingua non termina cieco, ma passa invece in un condotto lungo 10-15''', il quale trascorre indietro precisamente a ridosso del legamento glosso-epiglottico medio, lo designa col nome di condotto escretore della lingua. Il terzo posteriore di questo condotto, abbondantemente fornito di piccole glandole mucipare, invia uno o più condotti laterali diretti in avanti ed in basso verso il pavimento della cavità della bocca, ed in questi condotti sbocca un gran numero di otricoli glandolari contrassegnati da epitelio vibratile. Questi sono nascosti nella parte posteriore del muscolo genioglosso, sono lunghi 1'-4''', larghi 1|2-1 1|2''' ; hanno una parete molto dilicata, che contiene una viscosità vitrea, seguente, bianchiccia o rossastra (1).

Fra questi sacchi glandolari di Bockdalek posti alla radice della lingua e la ranula esaminata dall'Autore sussiste dunque una relazione tanto per la loro posizione, come per la struttura della parte e la composizione del contenuto ; ed è giuocoforza concludere che la ranula sia proveniente da una estrema dilatazione dei primi per l' accumulo del secreto. Si osservi poi che anche Bockdalek faceva derivare certe piccole cisti comprese nella muscolatura della radice della lingua da una

(1) Per ciò che riguarda la provenienza delle cellule cilindriche vibratili, crede l'Autore che non sia inverosimile che esse rappresentino gli avanzi dell'epitelio vibratile che nella vita fetale è diffuso sulla superficie della sezione superiore del tratto digerente, come egli stesso ha dimostrato nell'*Archiv für microscopische Anatomie*, Vol XII, pag. 570.

dilatazione del condotto escretore sopranominato o di un suo ramo laterale, e che avea avvanzato la congettura che dilatazioni simiglianti, qualora prendessero le parti più profonde dell'apparato da lui scoperto, dovessero condurre alla formazione del tumore cistico, disegnato come ranula. Possa quest'osservazione richiamare l'attenzione del chirurgo su tale possibilità, che l'esame del pezzo esciso dalla parete della cisti può convertire in certezza.

CAVAGNIS.

Due casi di fistola colli-congenita cistica. (Cisti dei condotti delle branchie di Roser); del prof. E. NEUMANN e del dott. P. BAUMGARTEN in Königsberg I. Pr. (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, von Langenbeck sopracitato Mittheilungen).

Dacchè Roser nel suo Trattato di anatomia chirurgica (3ª ediz. 1859, pag. 170), asserì per primo che parecchie cisti, che si presentano al collo procedono dalla imperfetta chiusura delle fessure delle branchie embrionali (1), e che esse s'accostano pel loro significato alle fistole congenite del collo, tali formazioni, a cui Roser impose il nome di cisti dei condotti delle branchie, si trovano menzionate più volte negli scritti d'anatomia, patologia e di chirurgia (2).

Non è però noto agli Autori, che dall'esame anatomo-istologico di tali cisti siasi ricavata la dimostrazione in modo sufficiente da provare chiaramente che a queste cisti appartenga veramente la presunta origine.

Sotto questo rapporto specialmente, ambedue gli esami comunicati sono degni di riguardo; essi ci si offrono a breve intervallo l'uno dall'altro e ci dimostrano concorde il reperto. Risulta dagli stessi, che ci sono al collo delle cisti, le di cui particolarità anatomiche si possono spiegare coll'ipotesi di Roser, e che all'esame anatomico della parete delle cisti può nei casi dubbii essere attribuito un valore diagnostico decisivo.

Oss. 1.ª — Il primo caso appartiene a Neumann; ed è il seguente:

J. F., domestica, di 23 anni, fu ricevuta nella Clinica chirurgica di Königsberg il 30 novembre 1874. Essa asseriva essere venuta al mondo con un noduletto, grosso circa come un pisello, posto al collo, il quale crescendo in grossezza poco a poco fino ai 19 anni raggiungeva il volume di un uovo d'oca. A tale età subentrava una sosta nell'aumento del tumore; e fino a due anni prima d'entrare in clinica, l'ammalata non

(1) Sa il lettore che nell'embrione le parti molli e dure della faccia e le molli del collo si formano per mezzo di prolungamenti, in forma di tubercoli, detti *archi branchiali* o *viscerali*, che nascono in numero di quattro per lato al dinanzi della colonna vertebrale e che sono separati gli uni dagli altri da fessure, che diconsi *fessure viscerali* o *branchiali*. C.

(2) V. specialmente l'interessante scritto di Max Schede *Ueber die tiefen Atherome des Halses*, nell'Archiv. di Langenbeck, vol. XIV. pag. 1.

ne risentiva alcun disturbo; più tardi, e specialmente ultimamente insorgeva raucedine. Eranvi buone ragioni per ritenere che i genitori ed i fratelli dell'ammalata fossero affatto liberi da simili malattie. Alla sua entrata in clinica si vedeva l'ammalata robusta e ben nutrita, che alla faccia anteriore del collo presentava un tumore che cominciava circa ad un centimetro a destra della linea mediana, al margine superiore del manubrio dello sterno, ed estendentesi verso sinistra ed in su; di figura elittica, il suo diametro misurava 9 centimetri in larghezza e 6 in altezza. Il tumore si presentava liscio, molle; la pelle che lo ricopriva era spostabile in guisa normale, e non era solcata da vasi dilatati. Ne fu praticata l'estirpazione con felicissimo esito dal prof. Schönborn il 14 dicembre; la guarigione fu però ritardata da una bronchite intercorrente, che insorgeva nel giorno successivo all'operazione.

Venne consegnato a Neumann il contenuto della cisti svuotata, e l'involucro della stessa già spaccato e rovinato per l'esame relativo. Il primo consisteva in un liquido limaccioso, consistente, grigio, giallastro-sporco. L'esame microscopico non fece conoscere in esso nulla di caratteristico, all'infuori di masse mollecolari granulose, e di numerose tavole di colesterina. Molto più interessante fu il risultato ottenuto dall'esame dell'involucro. Questo apparve formato da una membrana di tessuto connettivo, sottile in generale, increspata e coartata e la di cui faccia interna, discretamente liscia, rosso-pallida ricordava più l'aspetto di una membrana sierosa che quello d'una mucosa; esternamente le stavano aderenti dappertutto dei brandelli di grasso ed una sostanza cellulare lassa. Solamente in una parte, grossa circa come un tallero che apparteneva alla porzione anteriore della cisti inquantochè lasciava riconoscere la apertura, livida, appariva più dura la parete di essa cisti e quasi cartilaginea, e vi raggiungeva una grossezza di 1|2''' millimetro. Neanche la parete interna di questa parte si presentava liscia; ma anch'essa era scabra, con rialzi leggermente granulosi. Il passaggio di queste parti nella porzione sottile, e lassa circonvicina della parete della cisti avea luogo senza un ben definito confine.

Solo quà era dimostrabile una veste epiteliale alla superficie interna, in forma di piccoli pezzi molli, macroscopicamente membranosi, che il microscopio dimostrava essere formati da epitelio pavimentoso.

L'esame eseguito in seguito su sezioni della membrana della cisti, parte in stato fresco, parte dopo pregresso indurimento nel liquido di Müller e nell'alcool, dimostrò che l'epitelio non avea dappertutto il carattere sopranotato, ma che si presentava invece in un altro luogo un epitelio vibratile stratificato. Sgraziatamente non potè l'Autore acquistare cognizioni sufficienti e precise sulla estensione e sulla diffusione dello stesso perchè il preparato era troppo malconcio; tuttavia da numerose sezioni compite in varii luoghi della cisti, egli acquistò la convinzione che l'epitelio vibratile era prevalentemente sviluppato, e che il pavimentoso semplice si limitava a quella parte sopranotata dove la

cisti offriva la parete di maggior spessore, come pure a qualche altra piccola porzione. Per quanto riguarda l'epitelio vibratile, esso s'accostava in ogni sua particolarità a quello degli organi respiratorii; lo strato epiteliale avea una grossezza di 0,06 millimetri e oltre a cellule vibratili ben sviluppate, lunghe 0,06 millimetri ne conteneva delle piccole irregolarmente angolose, che si frammettevano alle terminazioni inferiori di quelle. La parte superiore larga delle cellule vibratili avea un orlo basale manifesto, liscio, e ciglia vibratili della lunghezza di 0,003 fino a 0,005 millimetri. Dove si trovava l'epitelio pavimentoso, si poteva parimenti riconoscere una disposizione complicata; e gli strati più profondi consistevano di cellule piccole, molto granulose, mentre i superficiali constavano di cellule più grandi, più chiare, del diametro di 0,05 millimetri, tutte quante provviste d'un piccolo nucleo rotondo od ovale. In niun luogo era improntato un carattere veramente epidermoidale, e mancavano pure dappertutto ghiandole, peli cutanei e papille.

Sotto l'epitelio nella parte sottile della parete della cisti si trovava una larga rete di fasci di tessuto connettivo areolare con cellule rotonde discretamente numerose, che verso l'esterno s'accavallavano con mucchi di cellule adipose, rotonde e fusiformi; esternamente vi si trovarono reti più grosse di fibre elastiche.

La parte anteriore della cisti, contraddistinta per la grossezza e la durezza, si vedeva su sezioni perpendicolari consistere di fettuccie saldamente congiunte, fibrose, rigide, larghe proporzionatamente, le quali erano sovrapposte paralellamente l'una all'altra nella totalità della superficie e lasciavano riconoscere fra di loro dei corpi cellulari bislunghi, stretti; vi mancavano del tutto le fibre elastiche, e qua e là vi erano anche dei vasi, come nelle altre parti.

Oss. 2.ª — L'altro caso venne studiato da Baumgarten pure di Könisberg e lo osservava in un uomo, di 58 anni; la cisti era anche qui a destra della linea mediana al margine superiore dello sterno. Mentre la origine congenita era nel primo caso dimostrata dall'anamnesi, nel caso di Baumgarten ciò appariva verosimile per la forma del tumore e per una esterna apertura della fistola, corrispondente alla riduzione della pelle alla superficie del tumore. L'esame diligente clinico ed anatomico di questo caso concorda tanto coll'esame del primo, che i due Autori trassero la seguente comune epicrisi.

Ambo gli esami hanno presentato un reperto molto importante per la particolare combinazione dell'epitelio stratificato pavimentoso e del cilindrico vibratile, la quale pare non essere stata finora veduta nelle cisti del collo, e che forse trova ancora una analogia nella struttura di certe cisti dermoidi dell'ovaia. In questo reperto poi noi abbiamo una prova molto evidente dell'origine di dette cisti dai condotti delle branchie nel senso di Roser, il che viene del resto anche pienamente confermata da tutte le altre circostanze, quali sono la situazione delle cisti al disopra dell'articolazione sterno-clavicolare, la manifesta origine congenita

nel primo. la forma imbutiforme e la riduzione della pelle corrispondente all'apertura esterna della fistola nel secondo caso; e gli Autori convengono nell'affermare, che mentre sarebbe molto arduo il dare spiegazione dei fatti notati supponendo qualsiasi altra derivazione di esse cisti, l'ammissiono invece di una origine di esse cisti da una fessura delle branchie embrionali porge una plausibile spiegazione.

In quei casi in cui le fistole congenite del collo aveano un' apertura interna, questa si trovava per lo più nel fornice della faringe, il quale era rivestito da epitelio vibratile (V. la figura in uno scritto nell'Archivio di Virchow, vol. 32, tavola 12, come pure il confronto delle tabelle di Hersinger, ibidem, vol. 29); queste stesse fistole d'altra parte s'accostarono colla loro apertura esterna alla superficie della pelle; perciò era ben già *a priori* supponibile che la copertura epiteliale delle stesse consisterà, nella parte superiore del suo decorso, di epitelio vibratile stratificato, nella inferiore di formazioni epidermoidali (1). E così anche nella chiusura cistica di una parte dei condotti delle branchie hassi la combinazione d'entrambe le forme di epitelii nella cisti stessa. Inoltre risulta dalle suesposte osservazioni e specialmente dalla seconda, che non sussistette nelle cisti un limite di separazione rigoroso fra l'epitelio cilindrico vibratile da una parte e il pavimentoso dall'altra; che anzi si trovò un passaggio graduato fra le due forme in guisa che s'alternarono l'una coll'altra, sebbene nella parte inferiore della seconda cisti l'epitelio pavimentoso fosse più abbondante che nella superiore. Resta poi cosa molto evidente e chiara il discendere molto basso dell'epitelio vibratile, perchè in ambo i casi le cisti appartenevano, come la loro posizione dimostrava, alla parte più profonda (esteriore) dei condotti delle branchie.

CAVAGNIS.

Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia; del dott. BLONDEAU. (*Union Médicale*, decembre 1877, N. 144).

L'ammalato, un gottoso, avea diggià perduto due litri di sangue ed era stato colto da sincope dietro la quale l'emorragia s'era arrestata. Otto giorni dopo l'epistassi riappariva e per le condizioni generali dell'infermo, più grave di prima. Chiamato di fretta l'Autore, non avendo questo a sua disposizione la siringa di Belloc ed usata invano l'injezione d'acqua fredda con percloruro di ferro, volle tentare l'applicazione d'un laccio, stretto fortemente, all'interno della parte media della coscia: istantaneamente l'emorragia cessava.

Ma all'indomani, questa non essendo riapparsa, volle levare il nastro e l'emorragia ricompariva: una nuova applicazione era, come la prima

(1) In una nota apposta a questo articolo Neumann dichiara come l'osservazione di Rehn (Archivio di Virchow, vol. 62, pag. 269), il quale veramente dimostrò la presenza dell'epitelio vibratile in un'ordinaria fistola colli-congenita, non gli era nota all'epoca della sua osservazione, che lo aveva condotto all'esposta spiegazione. C.

volta, coronata da felice risultato e così per un certo lasso di tempo s'avea perdita di sangue al toglier del laccio e arresto dell'epistassi coll'applicarlo, finchè l'emorragia cessava del tutto.

Bossi.

Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe d'Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse; del dott. ZANFAL. (*Prager Med. Wochenschr.*, 1876, N. 50).

Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all'introduzione dei liquidi nelle vie nasali; del dott. PATTERSON. (*Dubl. Journ. of Med. Sc.* LXVI., june 1877, pag. 543).

Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso e della gola; del dott. SCHALLE. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1877, N. 31).

Sull'uso della doccia nasale; del dott. FRAENKEL. (*Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877, N. 30, e *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1877, N. 40).

Casells crede che nell'applicazione della doccia nasale nascano dei pericoli per l'orecchio solamente per l'abuso delle stesse, e che questi si possono evitare colle debite precauzioni. Egli non abbandona l'uso della doccia nasale al paziente medesimo. La corrente del liquido viene interrotta ogni 5 secondi, per permettere al paziente di riposarsi e ripulirsi il naso con una profonda espirazione a bocca chiusa. La doccia è interrotta quando il paziente cessa dal respirare, il che egli deve fare continuamente brevemente e fortemente, o quando insorgono movimenti involontarii. Dopo la doccia il paziente si pulisce il naso colla corrente dell'espirazione. La doccia deve essere applicata a sè stesso solo da un paziente abbastanza istrutto. In questo modo è riuscito l'Autore a far impiegare la doccia senza alcun accidente da un gran numero di pazienti.

Gli altri tre Autori aveano, malgrado ogni cautela, da lamentare sinistri incontri all'orecchio, cagionati dalla doccia nasale. Zanfal e Fraenkel l'ottite media semplice, Schalle la penetrazione di un frammento di gomma della siringa attraverso alla tromba nella cavità del timpano e perforazione successiva della membrana del timpano, per la quale fu estratto il corpo straniero. Tutti tre poi ritengono la doccia nasale per necessaria ed oltre alle conosciute regole profilattiche, ne indicano una nuova per tor di mezzo i pericoli per l'orecchio. Schalle raccomanda l'uso delle siringhe di vetro. Zanfal preme colle dita dalla bocca il palato molle contro l'imboccatura delle trombe, in modo che queste restano otturate completamente. Egli ha anche costrutto recentissimamente (*Prager med Wochenschr*, N. 28), un istrumento a forma di tenaglia (compressore delle trombe), il quale supplisce alle dita del medico. Fraenkel fa pronunciare la lettera *U* al paziente, finchè l'acqua

scorre attraverso il naso, ottenendosi anche con questo mezzo la chiusura delle imbocoature delle trombe.

CAVAGNIS.

In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale per le operazioni sulle labbra o sulla guancia; del dott. CARLO LANGENBUCH. (*Raccoglitore Medico*, N. 15, 16, anno 1877).

L'Autore, non potendosi in questa regione applicare il metodo di Esmarch, da due anni vi sostituisce il seguente processo: attorno al campo dell'operazione pone dei fili di seta incerati, ch'ei fa penetrare nello spessore dei tessuti e ne li fa uscire mediante aghi curvi; ed i due capi al filo sporgenti al di fuori annoda solidamente fra loro. Allo scopo di ottenere un'iscemia perfetta, non si deve cercare di abbracciare con un solo filo una porzione troppo estesa di tessuti. L'Autore non lascia una distanza maggiore di 3 a 4 centimetri fra gli orifizii di entrata e di uscita dei fili. Nessuna parte dei tessuti deve sfuggire alla costrizione.

Operando in tal guisa si ha il vantaggio di provocare non solo una anestesia locale, ma anche un'anemia.

Recidendo poi le legature si ripristina ben tosto la circolazione senza che sia stata alterata la vitalità dei tessuti e che le punture degli aghi s'infiammino.

Ma dacchè nella forcipressura (*Annali univ. di med.*, dicembre 1877. Parte Rivista, pag. 526) si può ottenere lo stesso l'intento, questo processo non sembra da raccomandarsi. Basterebbe infatti o circondare il male con mollette ad estremità ricurve, o meglio con un anello, come avviene colla pinzetta di Desmarres per le palpebre, per ottenere con maggiore semplicità l'identico effetto.

BOSSI.

Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione; per M. VISSAGNET. (*Thèse*, 1877 e *Bulletin de Therap.*, 30 novembre 1877).

Il professore Verneuil da molto tempo insegna che i tumori maligni della guancia devono essere operati con certe regole dalle quali non può dipartirsi, senza che il chirurgo si esponga a degli inconvenienti serii. Vissagnet nella sua tesi sviluppò quest'idea e riferisce delle osservazioni in appoggio dell'opinione del suo maestro.

Egli cerca di dimostrare, che l'estirpazione di questi tumori per la cavità boccale espone a delle emorragie, a delle sincopi ed alla soffocazione ed alle recidive, potendosi facilmente lasciar in posto porzione di tumore, che questo metodo finalmente rende difficile od anche impossibile l'impiego del cloroformio.

Quindi l'Autore conchiude nel modo seguente:

L'anestesia è utile togliendo le cause delle congestioni subitanee in una regione così vascolare come si è quella della guancia e diminuendone lo scolo sanguigno alla superficie della ferita.

Per arrivare a tale risultato occorre; attaccare il tumore per la fac-

cia esterna della guancia; comprendere nell'estirpazione una notevole estensione di tessuto sano; riserbare per l'ultimo tempo dell'operazione l'apertura della bocca e l'escisione della porzione della mucosa alla quale aderisce il neoplasma; servirsi per quanto è possibile per quest' operazione del termo-cauterio, nè punto affrettarsi, ne' casi di tumori maligni, di fare la riunione della ferita, al contrario opporsi ad una cicatrizzazione troppo rapida per poter sorvegliare ed arrestare in tempo le recidive. Più tardi si potrà riunire per seconda intenzione. Non si devono levare per la bocca che i tumori poco dolorosi, poco vascolari, ad andamento lento, di natura benigna e con incisioni poco estese.

PARONA.

Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli; del dottor OTTO KUSTUER. (*Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie*, von Rud. Virchow, vol. LXIX, p. 286).

Su dieci casi di fungo ombelicale, che l'Autore ha osservato, sette erano di semplice tumori a granulazioni, essenzialmente costituiti di cellule arrotondate, mentre che negli altri due casi il tumore conteneva delle glandole d'una forma speciale, fatto che fin quì non avea mai osservato.

I granuloma, si riscontrano nei fanciulli da due a cinque settimane: il loro volume non sorpassa mai quello d'un pisello ed il colorito è di un rosso vivo. L'ablazione del tumore non dà luogo che a legger emorragia. Quanto alla struttura istologica di questi tumori il centro ed il peduncolo sono essenzialmente costituiti da cellule connettive fusiformi, mentre che alla periferia, si trovano delle cellule arrotondate. Alla superficie esterna, queste cellule arrotondate sono stipatissime, comprimonsi a vicenda, la sostanza intercellulare è rarefatta. Soltanto un voluminoso tumore esportato in un bambino di quattordici giorni era rivestito nel mezzo della sua superficie d'una epidermide, ed in questo punto era d'un rosso bleu carico. Questi granulomi sono ricchi di vasi al centro, ma però di calibro piccolissimo.

La seconda varietà di questi tumori, gli adenomi, offre a prima vista l'istesso aspetto dei granulomi. Nel primo caso osservato dall' Autore in un bambino di tre mesi, il tumore avea il volume d'un piccolo pisello. Quando fu estirpato, si dovette torcere un'arteriuzza che gettava sangue in certa quantità. Diggià ad occhio nudo si poteva riconoscere, a sezione sottilissima, delle strie raggiate che dalla periferia andavano al centro, dovute alla presenza di numerose ghiandole. Queste erano tubolose e la più parte semplici: erano incastrate in uno stroma di cellule connettive, rotonde e fusiformi. In tutta la loro estensione queste ghiandole vedevansi tappezzate da un epitelio cilindrico omogeneo. Il centro del tumore non era come nei granulomi, costituito esclusivamente da tessuto congiuntivale, ma bensì da una tonaca muscolare completa. Delle fibre liscie, in numero veramente considerevoli, scorrevano dal fondo delle ghiandole al centro del tumore, ove si vedevano molti vasi beanti.

Nel secondo caso d'adenoma osservato da Küstuer, il tumore presentava presso a poco la medesima struttura del caso precedente.

Le ghiandole, più numerose, erano più piccole e più allungate. Lo strato epiteliale che tappezzava il fondo delle ghiandole conteneva delle cellule caliciformi: i limiti fra lo stato ghiandolare e muscolare, non erano così netti come nei casi precedenti e la parte superficiale del tumore presentava, in blocco, l'istessa disposizione che lo strato superficiale del grosso intestino.

Insomma, la denominazione di fungo ombelicale comprende, secondo Küstuer, due varietà di tumori ben distinti dal punto di vista anatomico: il granuloma, essenzialmente costituito da tessuto connettivo, e l'adenoma che vi produce tutti i caratteri della mucosa del grosso intestino (strato muscolare, strato glandulare, strato superficiale epiteliale).

Quanto alla matrice dei tumori in questione, dessa non è solo l'allantoide; perchè i resti dell'allantoide extrafetale nel feto a termine, non contengono dell'epitelio e molto meno ghaindole. Dopo che Ahefeld (*Archiv. für Gynecologie*, S. X) ha potuto constatare, in due feti, la persistenza, al di là del periodo normale, del condotto onfalo-mesenterico, Küstuer è disposto a credere che è a spese della mucosa di questo condotto, contenente elementi ghiandolari, che si sviluppano gli adenomi dell'ombelico.

Bossi.

Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione; del dott. Notta. (*Unione Medicale*. Novembre 1877. N. 137).

Un uomo di 38 anni, conciatore di pellami, magro, di costituzione delicata, eminentemente nervoso, videsi apparire, nel corso di dieci anni, un piccolo tumore alla parte esterna ed inferiore della eminenza tenar diritta all'indentro del pollice, aveva acquistato il volume d'una noce, ed era dolorososoltanto sotto gli urti. Indolente alla pressione, non impediva al malato di servirsi della mano e di attendere alle sue incumbenze. Il tumore crebbe insensibilmente di volume e al giorno dell'osservazione il paziente si presentava nel seguente stato:

Alla parte inferiore dell'eminenza tenar, si osservava un tumore del volume di un uovo di pollo che prolungavasi da una parte nel palmo della mano e dall'altra fino al sito di divisione del primo dal secondo metacarpo. Questo tumore era leggermente incavato, a pelle di color normale e non aderente. Se si fissavano le dita, non gli si poteva imprimere alcun movimento, e sembrava aderire al primo e secondo metacarpo. Nel suo punto più saliente ch'era nel primo spazio metacarpico dava un senso di fluttuazione dei più palesi. Alla pressione era mediocremente dolente, l'urto provocava vivo dolore. I movimenti delle dita si conservavano nella loro integrità. Una puntura praticata nella parte fluttuante dava esito a sangue puro.

Nel far l'ablazione del tumore si cloroformizzava l'infermo e si applicava sulla mano e l'avambraccio la benda elastica. L'operazione non

decideva se il tumore era aderente al metacarpo, se s'infossava nel palmo della mano fra i tendini dei flessori e la volta osteo-fibrosa formata dai metacarpi.

Circa dopo un mese la ferita era quasi cicatrizzata: la libertà dei movimenti delle dita era conservata: l'indice soltanto era un po' flesso.

Il tumore presentava la forma d' una pera colla piccola estremità situata profondamente fra i tendini dei flessori e la grossa estremità facente salienza nel primo spazio intermetacarpico. La sua superficie era incavata, irregolare. Inciso nel suo più gran diametro, sembrava formato da tessuto fibroso. Nel sito dove era stata praticata la puntura si vedeva una cavità ripiena di sangue coagulato: al disotto, il tessuto fibroso per un certo tratto, era infiltrato di sangue in via di riassorbimento.

Il diagnostico dei tumori della mano presenta spesso grandi difficoltà e in questo caso nessun certo oserà negare ch' esistessero. Infatti si avea a fare con un tumore che contava dieci anni di esistenza e che in tutto questo tempo s'era sviluppato lentissimamente. Questa circostanza era tale da allontanare l' idea d' un tumore maligno. Nella sua parte più saliente, la sensazione della fluttuazione era sì netta, sì evidente, che non potevasi ammettere l'esistenza d'una cavità piena di liquido d' una cisti. Per assicurarsi, si praticava la puntura e s' otteneva uno scolo abbondante di puro sangue: si pensò trattarsi allora d' un tumore encefaloideo rammollito, tanto più che il chirurgo sapeva essere il padre di quest'ammalato morto di cancro della mano che s' era diffuso. L'Autore termina richiamando l'attenzione sulla possibilità che i tumori fibrosi possan rammollirsi e vascolarizzarsi al punto da simulare un cancro encefaloideo: facendo anche notare come la grande guaina del flessore possa essere largamente aperta, possa suppurare, senza dar luogo ad accidenti di sorta, e che i movimenti delle dita posson ristabilirsi nelle loro integrità.

Bossi.

Aneurisma della carotide primitiva sinistra — applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore — guarigione; per José Pereira Guimaraez. (*Giornale Veneto*, 1877).

I lettori della rivista conosceranno già quanto il prof. Gallozzi ebbe a scrivere su tale modo di curare gli aneurismi, ora aggiungiamo a conferma il caso seguente:

L'infermo è un mulatto di 40 anni, di temperamento sanguigno, di forte costituzione, di alta statura e di professione facchino. Entrò all'ospedale di Nona Senhora di Ayada il 5 gennaio 1874; egli presenta un tumore alla regione cervicale laterale sinistra, pulsante e discosto 2 cent. e 1|2 dalla clavicola, ed estendentesi in alto fino al margine superiore della tiroide. Questo tumore è collocato sotto lo sterno cleido-mastoideo, è mobile, senza aderenze, nè superficiali nè profonde, del volume di un uovo di pollo, ricoperto di pelle sana, esso si espande ritmi-

camente. All'ascoltazione si rileva un soffio diastolico. Il tumore fa parte dell'arteria carotide primitiva, comprimendo l'arteria al di sotto, essa cessa di battere, al di sopra si gonfia maggiormente e batte con più violenza.

L'arteria temporale del lato malato batte con meno d'intensità di quella del lato sano. L'infermo soffre di rumore nelle orecchie e vertigini. L'esame del cuore e dei grossi vasi diede reperto negativo. Nel primo mese del morbo l'infermo soffriva forti dolori i quali poi cessarono. Fu fatto anche con accordo di parecchi medici diagnosi di aneurisma della carotide primitiva.

Il dott. José Pereira Guimaraez voleva passare alla legatura della arteria, quando invece l'ammalato dovette lasciare l'ospedale.

Vi ritornò quindi al 3 ottobre dello stesso anno, ma il tumore aveva fatto progressi spaventevoli (4 volte più grande): era impossibile la legatura, imprudente l'iniezione di sostanze coagulanti. L'Autore esitava tra la elettro-puntura e la compressione diretta, quando gli balenò l'idea di applicare l'elettricità alla superficie del tumore. E così fece: il 25 di ottobre egli applicò gli elettrodi dell'apparecchio elettro-magnetico di Gaiffe, alternativamente ora sopra un punto ora sopra un altro del tumore; l'intensità della corrente era a tolleranza dell'infermo, l'applicazione durava incirca 10 minuti con qualche piccola interruzione per far riposare il paziente. La seconda applicazione fu praticata il 27, la terza al 30, la quarta al 2 novembre. Al 3 novembre il tumore era già diminuito di volume; ma la pelle era tesa e rossa, quindi per due giorni non si fece che il bagno ghiacciato. Le ultime due applicazioni furono fatte al 6 ed al 11 novembre; nei giorni di intervallo si usarono bagni freddi per combattere l'inflammazione. Al 22 dello stesso mese il tumore era ridotto a due terzi del volume primitivo era più duro e batteva più lentamente L'infermo dovendo uscire dall'ospedale gli fu raccomandato il riposo. Due mesi dopo egli era guarito, il tumore era duro completamente, non batteva, ed era ridotto a men di un terzo del suo volume.

Due anni dopo il tumore era rappresentato da un piccolo nodo, appiattito, duro e quasi circolare.

L'infermo è stato presentato all'Accademia imperiale di medicina colla fotografia rappresentante l'aneurisma, ed i medici hanno potuto constatare la perfetta guarigione. È questo il primo caso di guarigione di un aneurisma coll'applicazione esterna dell'elettricità, anzi è questa la prima volta che l'elettricità è stata applicata sulla superficie dell'aneurisma.

L'Autore crede, che l'aneurisma, sotto l'azione dell'elettricità diminuisca e si faccia duro e che queste modificazioni sieno persistenti. L'azione dell'elettricità sarebbe coagulante, in questo caso poi la formazione di coaguli sarebbe stata agevolata dalla compressione esercitata sul tumore dal muscolo sterno-cleidomastoideo contratto. I coaguli pro-

vocherebbero probabilmente un lavorio infiammatorio nel sacco e ne favorirebbe l'obliterazione.

Questo processo è dunque commendevole per la sua semplicità per la facilità della sua applicazione e perchè è più innocente dell' elettro-puntura. Esso evita poi sempre la gangrena e l'emorragia per i punti di penetrazione degli aghi. Resta a vedersi se sarà sempre ugualmente efficace dell'elettro-puntura.

PARONA.

Fasciatura elastica per la compressione dell' aorta; del dett. GIBB. (*The Britisch Medicale Journal*).

L' Autore ha fatto una disarticolazione della coscia in un giovinotto di diciotto anni, in causa di un tumore. Praticata la fasciatura elastica compressiva lungo tutta l'estremità; ha posto di poi una pallotta sull'aorta e l'ha tenuta in sito per mezzo di 7 od 8 giri di fascia elastica. Durante l'operazione il paziente avrà perduto forse due sole oncie di sangue venoso e non una goccia di sangue arterioso. La compressione non portò in seguito alcun disturbo.

BOSSI.

Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch; per T. SMITH.

Il chirurgo dell'Ospedale di S. Bartholomey a Londra, narra il caso di un uomo sui 45 anni il quale al 7 marzo 1877, era stato ricoverato all'Ospedale per avere un aneurisma nello spazio popliteo destro, del volume di un uovo di gallina. Il paziente sano e magro, ebbe a riferire, che il tumore datava da tre settimane, che l'aveva rilevato quando aveva il volume di un'albicocca, che era gradatamente ma rapidamente accresciuto. Coll' esame si riscontrava, che la pulsazione dell' aneurisma era energica, che la flessione non bastava ad arrestare la circolazione nel sacco, ma che cessava colla compressione della femorale. Il paziente soffriva forti dolori, massime di notte; non si trovarono antecedenti sifilitici, il primo suono del cuore aveva un carattere soffiante, le orine erano sane.

Col riposo in letto di alcuni giorni la tensione dell' aneurisma ed i dolori diminuirono.

La cura fu incominciata al 17 marzo. Il membro fu involto in una fascia elastica dalle dita alla parte inferiore dello spazio popliteo, come anche dal di sopra dell' aneurisma all' inguinaja, dove l'arto fu circondato da un forte tubo di gomma, in guisa da arrestare la circolazione del membro.

L' aneurisma e lo spazio popliteo rimasero scoperti, e così si poterono rilevare le ultime pulsazioni nel sacco. In tal guisa la circolazione fu abolita per un'ora, e durante l'ultima mezz'ora, l'infermo fu cloroformizzato a motivo del dolore. Infine, mentre il paziente era ancora sotto il cloroformio, fu rimossa la fasciatura d'Esmarch, ed applicato invece

alla femorale il tornichetto italiano e mantenuto in posto per due ore, ma sul finire della prima ora il paziente cominciò a lagnarsi del dolore ed a sentirsi freddo l'arto. Dopo tre ore la compressione fu sospesa rifiutandosi il paziente di riprendere il cloroformio e dichiarandosi incapace di sopportare il dolore.

L'aneurisma però era già solidificato e ridotto a metà volume.

Nella notte il paziente si lagnò di dolori all'arto e la temperatura salì a 100°,2 F. Alla mattina vegnente egli era ancora sofferente per gli effetti del cloroformio, ma i dolori all'arto erano del tutto spariti e sotto ogni altro riguardo stava bene. L'ammalato lasciò l'ospedale guarito al 6 aprile.

Questo caso l'Autore crede giustamente interessante giovando a farci meglio conoscere un metodo di cura relativamente al quale non abbiamo ancora sufficienti prove sul suo valore nel trattamento dell'aneurisma, e perchè ancora ignoriamo le regole dettagliate che possono essere utili da adottarsi, nell'intraprendere questo metodo, ed in quali casi essa possa con maggior profitto essere impiegato.

Non vi è dubbio, egli dice, che colla fasciatura di Esmarch noi possiamo mantenere un arresto completo e continuato della circolazione in un membro; un arresto che non è suscettibile di interruzione pei movimenti del paziente o mancanza di destrezza nel curante, contingenze che sono inseparabili coll'impiego del tornichetto.

Il bendaggio d'Esmarch è il mezzo più perfetto che al presente noi possediamo per applicare in certe sedi i principii del dott. Murray della cura rapida di un aneurisma colla compressione (1). Finora è stato con buon effetto adoperato dal dott. Reid (2), Vagstaffe (3), M. T. A. Heath (4), M. T. Wright (5) ed ultimamente da M. Bradley (6). Egli è possibile che molti altri abbiano applicato questo trattamento negli aneurismi e forse anche con successo indifferente, pure è probabile che la maggior parte delle cure sieno state pubblicate.

Smith esperimentò questo metodo cura in tre volte, e due di queste, nel medesimo paziente, ed in ambedue lo scopo fallì. Il primo insuccesso crede si debba attribuire all'aver pressochè vuotato l'aneurisma di sangue colla pressione sul sacco, e nel secondo insuccesso gli rimase il dubbio che la circolazione nel sacco non fosse stata completemente ar-

(1) Coloro i quali desiderassero maggiori informazioni su questo metodo del dott. Murray potranno trovarle nella nostra Rivista dell'anno 1872, pag. 157.

(2) Questo fu il primo che intraprendesse tal metodo di cura e la storia del caso da lui guarito si può leggere nella nostra Rivista chirurgica, anno 1876, 1.° semestre, pag. 312.

(3) « The Lancet », vol. II, pag. 461, 1877.

(4) « British Medical Journ. » pag. 570, 1876,

(5) « The Lancet », vol. I, pag. 163, 1877.

(6) « British Medical Journ. », 1876, pag. 171.

restata, avendo coperta la parte ammalata con il bendaggio. Oltre a cotesti errori nell'applicazione del trattamento, Smith ha la convinzione di non aver mantenuto l'interruzione del circolo per un tempo sufficiente da permettere al sangue del sacco di coagulare, qualora anche non si fossero omesse le altre circostanze favorevoli alla riuscita.

Nel caso fallito nelle mani di Bradley si fecero pure due tentativi nel medesimo soggetto per guarire un aneurisma popliteo. Il piano curativo da lui impiegato fu essenzialmente lo stesso di quello di Smith e da altri con profitto impiegato.

Dall'esame dei casi di aneurismi finora curati colla fasciatura di Esmarch emergono i seguenti fatti:

In tutti i casi l'aneurisma era dell'arteria poplitea. In tutti meno un caso (M. Wright) la cura fu incominciata arrestando completamente la circolazione del membro per *un'ora* colla fasciatura d'Esmarch, e la pressione fu continuata dopo col mezzo d'un tornichetto.

La compressione col tornichetto nel caso di Reid fu mantenuta per 20 ore, in quello del Vagstaffe per sette ore e mezzo, nel caso di Heath, per cinque, in quello di Smith per due. Nel caso di Wright la fascia di Esmarch fu mantenuta applicata per due ore ed un quarto e dopo la compressione fu continuata più o meno esattamente per cinque giorni col mezzo di un torcolare.

Le pulsazioni nell'aneurisma si conobbero cessate a capo di 50 minuti nel caso di Reid, di due ore nel caso di Vagstaffe, di un'ora nel caso di Heath, di tre ore nel caso di Smith ed in 24 ore in quello di Wright. In quest'ultimo caso la pulsazione ritornò ugualmente forte, dopo essere mancata per alcune ore.

Egli è probabile che la coagulazione del sangue nel sacco in questi casi possa essere avvenuta, prima che il fatto fosse stato avvertito per la mancanza delle pulsazioni: nel caso dell'Autore dopo un'ora che il trattamento era in corso, e quando il bendaggio fu surrogato dal tornichetto, si è potuto rilevare che la coagulazione non era ancora avvenuta, mentre dopo altre due ore il sacco aveva cessato di pulsare; ma durante queste due ore lo stato del sangue entro l'aneurisma non potè essere stabilita essendochè la compressione sulla femorale fu rigorosamente mantenuta. Smith notò però che sul finire delle prime due ore di cura, l'infermo si lagnò di un fiero dolore e fu còlto da brividi. Egli crede che fu in questo momento, che la coagulazione nel sacco avvenne.

Relativamente al modo col quale fu applicata la compressione Smith rimarca, che nei casi di Wagstaffe ed Heath, la fascia elastica fu applicata sull'intero membro con moderata strettura al di sotto dell'aneurisma, mollemente in corrispondenza del sacco e strettamente al di sopra dello stesso, senza applicare alcun laccio elastico all'inguine. Nel caso di Wright ed in quello dell'Autore, oltre la fasciatura elestica sopra tutto il membro, eccetto che in corrispondenza al sacco, si fece uso di

uno strettojo elastico all'inguine. Nel caso di Reid fu adoperato soltanto lo strettojo elastico all'inguine senza fasciatura del membro. Nel caso di Bradley e di Smith l'aneurisma fu lasciato del tutto esposto, così che lo stato suo si poteva liberamente esaminare tanto per parte della pulsazione, quanto per quella della solidità. In tre dei casi ricordati, durante il trattamento e probabilmente durante o tosto dopo la formazione del coagulo nel sacco, fu visto pulsare vigorosamente una piccola arteria sopra il sacco. In tutti i casi in cui il risultato fu favorevole, il bendaggio fu per tal modo applicato, che il sacco restasse pieno di sangue, mentre che la circolazione del membro era sospesa.

Dallo studio di questi casi pare che le circostanze da osservarsi perchè il risultato sia favorevole sieno: che la circolazione nel membro per un certo spazio di tempo sia completamente arrestata, che il sacco aneurismatico sia pieno di sangue e che anche la circolazione nel sacco sia interrotta per un tempo sufficiente da permettere al sangue di coagulare.

Per quanto tempo si possa prudentemente escludere il sangue dal membro intero colla fascia d'Esmarch e quando il maggior effetto locale del tornichetto possa essere sostituito alla fascia elastica egli è materiale per ulteriori investigazioni.

PARONA.

Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale; del dott. JAMES ISRAEL. (*Archiv. für Klinich. Chirurgie*, von Langenbeck, S. XXI, p. 109).

L'Autore, in una ragazzina affetta da angectasia diffusa dell'arteria tibiale anteriore destra ed a cui era stata praticata la legatura della femorale dell'istesso lato, osservò i seguenti fenomeni curiosi.

Innanzi tutto la parte del membro situata al disotto della gamba divenne sede d'una iperalgesia fortissima. Una mattina la ammalata si metteva a pronunciare parole incoerenti, poi verso il mezzodì era presa d'un accesso di convulsioni cloniche e toniche dei muscoli della faccia e del collo, con perdita della coscienza; dopo un po'di quiete insorse un secondo accesso. Nell'istesso tempo, la frequenza delle contrazioni cardiache era notevolmente aumentata; cianosi e pallore si susseguivano, le vene del dorso delle mani ora si gonfiavano ora si svuotavano. Questi accessi terminarono con uno stato soporoso per rinnovarsi in seguito e divenir sempre più frequenti. Il cloroformio non influenzava che la durata dell'accesso. Per contro quando si faceva alla piccola inferma un'iniezione sottocutanea di una miscela d'atropina e morfina, la convulsione perdeva immediatamente della sua violenza e la fanciulla non tardava ad addormentarsi.

Infine, un dì, l'ammalata era presa da subita cecità, ma passeggera, fenomeno che si rinnovellava a più riprese e che si complicava due volte colla ambliopia a sinistra.

L'Autore ritiene che la legatura dell'arteria femorale abbia per ef-

fetto un aumento della pressione intravascolare e in particolar modo della pressione intracranica: quindi l'eccitazione dei centri nervosi e del nervo vago fra gli altri, come il dimostra il rallentamento del polso. L'irritazione dei nervi periferici della gamba malata basta, secondo lui, a provocare per via riflessa la convulsione e le altre manifestazioni dell'istesso ordine.

Bossi.

Buoni effetti delle iniezioni sottocutanee d'ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare; per Sainclair Coghill. (*The Lancet*, 4 agosto 1877).

L'influenza manifesta dell'ergotina sopra gli elementi contrattili dei tessuti del sistema vascolare hanno condotto diversi medici a sperimentare questa sostanza nel trattamento d'emorragie di varia natura e di certi tumori vascolari. Sono noti in proposito i risultati ottenuti da Hildebrands e da altri nella cura dei tumori fibrosi dell'utero.

Il dottor Sainclair Coghill ottenne parimenti un risultato rimarchevole in un caso di gozzo con esoftalmia.

Il tumore era voluminosissimo e comprimeva la trachea e l'esofago in guisa da inceppare considerevolmente la respirazione e la deglutizione. Era urgente un rimedio.

Si decise per le iniezioni d'ergotina fatte sotto pelle il più vicino possibile alla sostanza del tumore. Adoperò i dischi d'ergotina alla glicerina, sciolti semplicemente nell'acqua: ciascun disco contiene due centigrammi di ergotina. Si cominciò con un disco e si portò progressivamente la dose a sei centigrammi. Le iniezioni si fecero alla temperatura del sangue. Se ne fecero sedici in tutto, le prime quattro quotidianamente le quattro seguenti a due giorni d'intervallo e le altre a distanze più grandi. La cura durò in tutto due mesi. La diminuzione del tumore non tardò guari a manifestarsi ma ciò che vi fu di curioso si è che le iniezioni si praticarono sul lobo destro che era il più voluminoso e il lobo sinistro e centrale si atrofizzarono più rapidamente (1), Come altre particolarità rimarchevoli l'Autore segnala ancora una diminuzione del peso totale del corpo di 14 libbre senza alterazione della salute generale e la scomparsa dei menstrui durante il trattamento.

Il risultato definitivo fu che il lobo sinistro riprese il suo volume normale mentre che i lobi destro e medio non perdettero che la metà delle loro dimensioni morbose. Come fenomeni generali imputabili all'ergotina, cita anche una specie di eccitazione vascolare dopo ciascuna iniezione con congestione e sensibilità della testa. Coghill pensa che l'amministrazione per le vie ipodermiche è preferibile all'ingestione per lo stomaco e crede che in quest'ultimo caso, l'ergotina in contatto coi

(1) Questo fatto fu da noi pure rilevato praticando le injezioni parenchimatose dell'acqua di Salsomaggiore o di tintura di jodio, per la cura del gozzo.

fluidi del tubo digestivo subisce diverse modificazioni che ne alterano le proprietà.

PARONA.

Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio; Breve notizia di ALFREDO BIDDER di Manheim. (*Archiv für klinische Chirurgie*, von Langenbeck Mittheilungen).

Già da più d'un anno (Vedi questo stesso Archivio, vol. 18, pag. 625 e 626) in base ad esperimenti su animali, nei quali avea tolto in esame il modo di diportarsi dei chiodetti d'avorio nelle ossa vive, Bidder avea espresso l'opinione che sarebbe forse assai conveniente l'usufruire i chiodetti d'avorio per l'operazione della pseudartrosi negli uomini, lasciandoli, qualora non irritino troppo fortemente, fino a guarigione ed a permanenza nelle ossa, invece di estrarli di nuovo dopo alcune settimane.

E. Bergmann di Dorpat fece tale proposta per una modificazione dell'operazione di Dieffenbach (1) e con ottimo successo; e l'operazione fu comunicata nel *Petersburger med. Wochenschrifft* (Vedi D. C. Beyher: *Zur Behandlung der Pseudarthrose*, nel detto Giornale 1876 N. 33).

Per l'interesse che ha la cosa e per la poca diffusione che, a detta di Bidder gode in Germania questo giornale di Pietroburgo, egli si fa a riportare brevemente quel caso:

Si tratta di un uomo di 33 anni, il quale 3 anni prima dell'operazione, in seguito a una caduta da una scala, avea riportato una frattura semplice al 3° inferiore della tibia. Malgrado ogni cura non erasi punto ottenuta la consolidazione; e sebbene non si trovasse accorciamento nè deformità di sorta, sebbene la mobilità al luogo della frattura fosse pochissima, tuttavia il paziente era inabile a ben camminare. Seguendo le cautele antisettiche di Lister il 16 febbraio 1876 fu impiantato nell'osso un chiodetto d'avorio e troncato « a livello della superficie dell'osso. » La piccola ferita della pelle si medicò per prima intenzione Alla rimozione della fasciatura, fatta il 22 marzo, tutto si presentava cicatrizzato. Il chiodetto era saldato dentro; si era formato il callo e dopo qualche

(1) Dieffenbach impiegò per primo nel 1846, il processo dell'impianto di corpi stranieri nelle ossa per due pseudastrosi dell'omero. Egli fece un'incisione fin all'osso che egli perforò con un succhiello del calibro d'una piccola penna d'oca a 2 centimetri dall'estremità di ciascun frammento e introdusse in ciascuno dei due fori un piuolo d'avorio per ridestare la formazione del callo a mezzo dell'irritazione così determinata. Egli lasciò i detti piuoli in posto nell'un caso 13 giorni, nell'altro 4. I due malati guarirono. Questo processo fu seguito da Kloser, Paul, Uhde, Hutton, Erichsen, Fergusson, Geoghegan, Bruns, Stanley, Mackenzie, Bowmann, Langenbeck, ecc., sia con piuoli d'avorio, che di piombo, o d'acciaio. Il metodo fu combattuto da Brainard e da Bèrenger-Fèraud. Gurlt su 30 casi ebbe 15 guarigioni e Bèrenger-Fèraud 21 successi su 40 tentativi. (Il *Rel.*).

tempo il paziente fu dimesso guarito, senza che avesse mai avuto febbre. Perciò il saldarsi dei chiodetti d'avorio dentro nelle ossa è possibile ed anzi molto facile non solo negli animali, ma eziandio nell'uomo, come insegna il caso sopracitato; anzi nell'uomo è forse ancor più senza pericolo che negli animali, perchè in esso coll'impiego del metodo di Lister e colla cura diligente si può impedire qualunque complicazione.

L'asserzione però di Beyher, che il chiodetto venga riassorbito in 13 mesi è affatto infondata, perchè se anche ci fossero osservazioni su animali che deponessero per essa, non si potrebbe trarne deduzioni al caso dell'uomo, riguardo al quale non v'è nessuna prova che la cosa stia come Beyher suppone. E per quanto riguarda gli animali giova avvertire che lo stesso Bergmann (Vedi luogo citato, pag. 611, *Esper.* 6°, e p. 625) lasciò nella tibia di un coniglio per un anno un chiodetto di avorio, dopo il qual tempo lo trovò ancora delle stesse dimensioni, nè punto percettibilmente diminuito; Bergmann conserva ancora quel preparato. Ne è punto noto a Bergmann che avendo altri lasciato più a lungo d'un anno nelle ossa dei chiodetti d'avorio per l'esame di tale circostanza, abbia poi constatato l'assorbimento degli stessi. Bergmann crede di dover dedurre dai suoi più recenti esami che l'assorbimento del chiodetto di qualche rilievo avviene solo per una forte irritazione flogistica mentre esso è macroscopicamente appena osservabile, o manca del tutto quando la reazione del tessuto osseo leso sia solamente lieve e presto cessi.

CAVAGNIS.

Guarigione della pseudartrosi con le iniezioni ammoniacali; pel dottor BOURQUET. (*Gaz. hébd. de méd. et chirur.*).

L'Autore preferiva le soluzioni di ammoniaca (1 p. d'ammoniaca su 3 d'acqua) dapprima vicino all'estremità d'un frammento, poscia all'altro aumentando gradatamente la dose del farmaco portandolo fino a parti eguali col menstruo. In seguito, dopo questa cura circa un mese e mezzo di questa cura usava altre iniezioni con una soluzione di ioduro di potassio iodato. L'arto lo si teneva naturalmente immobile, con un apparecchio al silicato di potassa. Internamente somministrava fosfato di calce. Dopo circa 6 mesi dalla prima iniezione otteneva la guarigione completa, con callo voluminoso.

BOSSI.

Patogenia del ginocchio valgo; di VERNEUIL. (*Bulletin Gen. de Therap.*, 15 novembre 1877).

Nella rivista chirurgica ultima ed in quella del mese di settembre abbiamo tenuto parola delle differenti maniere di curare chirurgicamente il ginocchio valgo, e degli studi fatti dall'Ollier.

Ora noi riferiremo quanto sulla patogenesi di questa malattia disse Verneuil alla Società di chirurgia nell'ottobre 1877, perocchè vale a legare direi quasi ed a completare quanto si è già detto, sull'argomento.

Si è proposto per spiegare la formazione del ginocchio valgo tre teorie che si possono caratterizzare anatomicamente. Esse sono la teoria *legamentosa*, la teoria *muscolare* e la teoria *ossea*.

Le due prime non possono sostenere la critica, l'opposto si è per la terza. In quest'ultima vi è tuttavia a fare una divisione; gli uni ammettono un'ipertrofia del condilo interno del femore, gli altri l'atrofia del condilo esterno; poi per spiegare questa atrofia, vi sono ancora delle suddivisioni. Verneuil pensa che l'ipertrofia del condilo interno è incontestabile in un certo numero di casi, ma vi sono dei casi nei quali tale ipertrofia ha nulla da fare.

Sembra a Verneuil più soddisfacente la teoria di Ollier e Tripier o la teoria che chiama *Lionese*. Secondo questi chirurghi la cartilagine epifisaria, la cartilagine di congiunzione dell'estremità inferiore del femore si sviluppa inegualmente all'indentro ed all'infuori. Ollier fa nascere a piacimento delle deviazioni ossee irritando delle cartilagini. Ora se si bada che il ginocchio valgo è quasi costantemente un'affezione dell'adolescenza, la teoria di Ollier pare a Verneuil possa essere sostenibile e buona.

Egli non ebbe l'opportunità di verificare ciò che concerne l'accrescimento del condilo interno, ma ha osservato due casi i quali confermano quest'opinione e che d'altra parte ne alimentano l'estensione. Si dice generalmente che il ginocchio valgo non è doloroso, ciò è vero nei casi antichi, ciò falso nei casi acuti.

Racconta Verneuil, di un caso visto due anni fa di una figlia di diciasette mesi che aveva un ginocchio valgo unilaterale. Questa deformità era accompagnata da dolore assai vivo nel camminare. Allorchè egli esplorava il ginocchio in tutti i sensi non provocava alcun dolore palpeggiando la rotella, il femore, ma quando toccava un poco più in basso provocava dei lagni nel malato. Questo punto corrispondeva alla cartilagine epifisaria non del femore ma della tibia. Una volta i dolori furono così vivi, che vi fece applicare delle sanguisughe al livello della cartilagine epifisaria ed il dolore scomparve. L'ammalata conservò per molto tempo una deviazione della gamba, ma ora essa cammina bene e senza sofferenze.

Sembra all'Autore che qui la teoria dell'allungamento del condilo interno non possa essere sostenibile, ma che si ottenga lo stesso risultato aumentando l'altezza della tuberosità interna della tibia.

In un giovane di 16 anni con ginocchio valgo da soli tre mesi trovò come nel caso primo del dolore alla pressione alla cartilagine epifisaria della tibia.

Io penso, dice Verneuil, che questi fatti meritano di essere segnalati giacchè da una parte concordano con la teoria ossea che io credo la migliore e d'altra parte essi spiegano come, in certi casi il condilo interno del femore può non subire la più piccola deformità.

PARONA.

Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sottoperiosteo (1) **del tallone**; del dott. L. Verebelyi. (*Pester med. chir. Presse*, 1877, N. 14, e *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaft*, Num. 28).

In un ragazzo di 5 anni e 1|2, con piede equino d'ambo i piedi di grado altissimo fu posto a nudo da una parte con un' incisione il tallone, il quale formava l' impedimento principale alla riduzione (dopochè erano mancate d'effetto la tenotomia e la fasciatura ingessata), venne distaccato il periostio ed esportato l'osso conservandone i contorni. Tosto il piede si lasciò ridurre nell'atteggiamento normale, nel quale fu mantenuto con una fasciatura ingessata fenestrata, e più tardi con un apparato conveniente. Dopo la guarigione della ferita fu facile mantenere il piede nella giusta posizione.

Cavagnis.

Lussazione completa sotto-coracoidea dell'omero per contrazione muscolare; del dott. Giuseppe Lapponi. (*Rivista Clinica di Bologna*, 1877, fasc. 10).

Una giovinetta di 15 anni, che alcuni anni avanti aveva sofferto di lenta inflammazione radio-carpica destra ed una successiva non bene definita alla articolazione scapolo-omerale del medesimo lato, nonchè di piaghe scrofolose ad una gamba, non presentava traccie delle malattie pregresse offrendo un regolare sviluppo corporeo e nelle parti ossee specialmente.

La stessa, mentre una mattina del mese di agosto poco dopo essersi alzata dal letto stava seduta presso un armadio non più alto di metri 1,10 ed aveva adagiato orizzontalmente su di esso il proprio braccio destro, tenendo l'antibraccio flesso sul medesimo e la mano penzoloni fuori del piano del mobile, a lato della metà destra del suo torace; sternutiva improvvisamente e con violenza per due volte di seguito, e senza che avesse eseguito altro movimento colla persona al secondo di questi atti veniva assalita da un vivissimo dolore alla articolazione scapolo-omerale destra sentendo il suo braccio a sollevarsi sul piano del mobile e poi ricadervi inerte. Non insorse alcun torpore alla mano od all'arto, rimaneva intatta la mobilità delle dita ma dolorosissimo riescivale ogni tentativo di movimento colla porzione superiore dell'arto offeso.

La parte dolente appariva per altro ben poco deformata, essendone

(1) Lo *sgusciamento* sottoperiosteo delle ossa venne primamente immaginato ed eseguito dal prof. Signoroni e poi messo a nuovo sotto il nome di *svuotamento* delle ossa da Sèdillot, senza che questi neppure si prendesse il disturbo di citare l'Autore Italiano. Veggasi in proposito: Corradi. *Storia dei progressi della Chirurgia Italiana, ecc.*, pag. 313, 314 e le classiche Osservazioni patologiche e terapeutiche sopra alcune malattie delle ossa dell' illustre discepolo e degno continuatore dell'opera di Signoroni, il chiarissimo prof. Angelo Minich da Venezia, pag. 73. C.

la palpazione discretamente tollerata; la cavità glenoidea era vuota e portando le dita nella cavità ascellare sentivasi all'interno, dietro la parete ascellare anteriore e sotto l'apofisi coracoide, il capo dell'omero.

Si trattava quindi di completa lussazione sotto-coracoidea dell'omero e la riduzione venne facilmente raggiunta dal dott. Alvi estendendo l'antibraccio e ruotando l'arto verso l'esterno, mentre l'Autore colle mani applicate alla testa dell'omero, riconduceva mediante leggerissima pressione, il capo dell'osso nella sua cavità articolare.

Un tal fatto, come giustamente osserva il dott. Lapponi, riesce sotto molti punti di vista interessante. Desso infatti oltre confermare la possibilità di uno spostamento dell'omero in seguito a sola contrazione muscolare, dimostra che può succedere in modo completo; ne gli sembra che ciò possa avvenire per la contrazione del solo deltoide, che si esigerebbe che l'omero fosse posto a leva, e quindi col proprio asse obbliquo a quello del corpo e con leggera inclinazione verso l'estremità superiore di quest'ultimo, altrimenti le due superfici articolari non sarebbero che fra loro avvicinate anzichè spostate. Piuttosto suppone, che siavi stata una esagerata contrazione del gran pettorale, assecondata forse da qualche movimento inavvertito della persona; la contrazione del deltoide invece sarebbe successa dopo, quando la ragazza sentì sollevarsi il braccio, ed avrà contribuito allo spostamento.

Sc.

Caso di lussazione traumatica femore-iliaca; del dott. Picco Antonio Francesco. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1877, N. 9).

Trattasi d'un contadino, che trovandosi seduto su di un carro tirato da buoi. nel risvolto d'una via, standosene assiso colle estremità penzoloni venne colto strettamente fra il veicolo ed il muro. Abbassava tosto il povero contadino le estremità inferiori per discendere a terra, ma non riuscendogli, ed essendosi volto col lato destro verso il muro per dirigere i buoi dall'altra parte, e questi facendo l'opposto, la coscia destra in leggiera flessione ed adduzione veniva violentemente compressa, trascinata tra carro e muro, ed urtata con rotazione all'interno, producendosi una lussazione femoro-iliaca sinistra.

All'esame, l'Autore, constatava tale lussazione, compiuta a segno, che il capo del femore era tutto intero scivolato fuori della cavità cotiloidea sino a distanza d'un buon centimetro e mezzo dal ciglio del cotile; la massa muscolare, particolarmente dei glutei e degli adduttori della coscia lussata, era dolentissima ed in permanente contrazione più forte del consueto in tali lussazioni.

Ciò malgrado, l'Autore credette bene tentarne la riduzione.

Portata la coscia, non senza difficoltà, al richiesto stato di flessione, e fatta quindi, nei modi e colle cautele prescritte dall'arte, eseguire da due robusti ed intelligenti uomini la estensione, e da altri due la controestensione per avere al caso una potenza attiva di 250 chilogrammi

con equivalente resistenza controestensiva, non potendo ottenere l'avanzamento riduttivo del capo del femore, se non che fin contro al ciglio cotiloideo, e facendo vani sforzi per riportare quello, in cavità, assicuratosi prima, per quanto poteva meglio, che non esistesse frammento di tessuto od orlo rovesciato della capsula legamentosa lacerata ostacolante, inoltrò il suo avambraccio destro, piegato ad angolo retto sul braccio, sotto il femore lussato presso il di lui collo, ponendo ad un tempo il pollice della mano sinistra sull'apice del capo femorale. Così in coefficienza alla estensione e controestensione graduale elevando con forza il capo del femore e premendo in modo adatto a sormontare il ciglio del cotile riuscì ad ottenere compiuta la riduzionee coattazione.

Conclude dicendo, che questo fatto non collimerebbe cogli esposti clinici dell'esimio dottor H. Monis, (1) cioè che:

« Ogni lussazione del femore, non complicata da frattura, avviene mentre la coscia è in abduzione;

Il ciglio del cotile per sè stesso non oppone alcuna resistenza alla riduzione;

Le lussazioni dorsali dirette, e quelle che si è detto venire nell'adduzione, sono sempre il risultato di grandissima violenza', ed *associate a frattura* del *cotile* o del *capo del femore*, o di *ambedue*. »

Bossi.

Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell'arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti; del professor Houzé de l'Aulnoit. (*Gazz. Méd.*, 1877, N. 36).

È questo il titolo di una comunicazione che il prof. Houzè de l'Aulnoit faceva al Congresso dell'Havre colla quale facendo seguito ad altre letture fatte negli anni 1871-72-73 alla Società delle scienze di Lille, all'Accademia di Medicina ed alla Società di chirurgia, insiste sui vantaggi dello speciale processo di amputazione da lui richiamato in vigore. (*Studii storici e clinici sulle amputazioni sotto-periostee e della loro cura mediante la immobilizzazione dell'arto e del moncone*, Paris 1873. « Rivista di Med. di Chir. e di Terap., » 1874, v. 1°, pag. 270), ed i cui risultati favorevoli specialmente nei ragazzi e comunicati in allora al congresso di Lille facevano desiderare ad Ollier che potessero venire dimostrati uguali negli adulti. Ma prima di mettersi all'opera, per appagare un tale desiderio, credette dovere rimediare agli inconvenienti della ischemia ottenuta mediante la fasciatura elastica ed intorno al quale argomento erasi intrattenuto nel 1875 al Congresso di Nantes ivi esponendo i principii onde regolare la fasciatura in base alla tensione delle

(1) Memoria letta nella seduta del 13 di febbrajo 1877 alla *Royal Medical and Chirurgical Society.*

bende; d'allora potè esperimentare il valore delle grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti e l'importanza dell'innalzamento dell'arto quale mezzo emostatico, potendone conchiudere che i vantaggi non sono minori per gli adulti.

La cifra degli amputati dal prof. Houzé de l'Aulnoit sarebbe di 28, dei quali 11 ragazzi e 17 adulti e porge la seguente statistica; nei primi: Amputazione di coscia 7, del braccio 2, della gamba 2; negli altri: Amputazione di coscia 2, del braccio 2, dell'avambraccio 2, delle dita 11. Fra questi furonvi quattro soli decessi, 2 per amputazione di coscia in adulti, 1 per uguale operazione, ed un altro per amputazione di gamba, in ragazzi.

A questo riguardo possiamo soggiungere i dati seguenti: Uno di amputazione di coscia eseguita dal dott. Parona « (Riv. di Med. di Chir. e di Terap., » 1874, v. 1°), e nel quale essendo l'operazione primaria per frattura comminutiva l'esito fu letale, ma ove sebbene la morte avvenisse al giorno susseguente pure il lembo periosteo si era esattamente agglutinato al moncone osseo. Da noi pure veniva il metodo di Houzé de l'Aulnoit esperimentato in due adulti l'uno colla amputazione di coscia, l'altro di gamba e l'esito ne fu fortunato. (*Processo speciale per l'amputazione sotto-periostea della gamba e della coscia.* « Commentarii di Med. e di Chir. » 1874, ed « Ann. Univ. di Med. » 1875, v. 251). Altra amputazione di coscia con simile processo vedemmo eseguita in questo Civico Spedale di Pavia, dall'amico e collega nostro il dott. G. Flarer, su di un ragazzo affetto da gonartrocace, e nel quale successa la morte al quarto giorno, per pioemia in corso, si trovò del pari che il lembo periosteo aveva fatta completa adesione al moncone osseo.

Ma oltre che lo scopo di fare risaltare i vantaggi del processo speciale di amputazione, la comunicazione del dott. Houzé ne ebbe un altro di confermare cioè il valore dell'innalzamento delle membra per arrestare le gravi emorragie. Già nel mese di dicembre 1876 egli annunciava la cosa alla Società di chirurgia appoggiandola a tre amputazioni di dita eseguite sul medesimo individuo, un giovane di 25 anni, non che ad una di gamba in un ragazzo di 4 anni, ora a conferma di tali risultati ripeteva la prova in un adulto di 43 anni, cui amputava l'avambraccio ed ove le arterie non erano state nè legate, nè ritorte, nè compresse colla forcipressura. In questo caso non appena terminata l'amputazione il lembo venne portato al davanti all'osso e la medicatura, con sutura, listerelle, ovatta e fascie era completa alloraquando venne levato lo strettoio. In questo momento l'arto era completamente rialzato, l'impulsione sanguigna colorava la pelle con una tinta bleuastra durante cinque o sei minuti secondi poscia riprendeva la tinta normale; ma senza che in allora ed in seguito ne uscisse una sola goccia di sangue.

Sc.

Disarticolazione del cotile; del dott. Le Dentu. (*Gaz. Méd.*, 1877, Num. 42).

Una donna di 50 anni, aveva incominciato a soffrire da quattro anni e mezzo un vivo dolore al condilo interno del femore, cui, senza che mai facesse sosta, indi a tre anni, si associava una tumefazione che prese repentinamente proporzioni considerevoli. Nell'ottobre 1877 Le Dentu constatava un tumore voluminoso ricoperto dalla pelle solcata da vene varicose. La circonferenza era di 75 centimetri, la coscia nel complesso più voluminosa dell'altra e seguendo col tatto il femore si sentiva un punto ove la tumefazione profonda si arrestava nettamente. Lo stato generaale della paziente non era gran che deperito, sebbene la donna fosse alquanto dimagrita, i visceri interni risultavano sani e non eravi dubbio di successa infezione generale.

Ritenuto trattarsi di encondroma e dopo essersi lasciata la donna in riposo per dieci giorni, Le Dentu praticava, previa la fasciatura emostatica compressiva, la disarticolazione del cotile seguendo il processo a due lembi, l'uno anteriore l'altro posteriore. Non fuvvi quasi emorragia, cionullameno a metà circa dell'operazione la ammalata presentò una marcatissima depressione, ed occorsero gli stimolanti e la flagellazione per farla rinvenire e compiere l'operazione. Per essa l'operatore seguiva il metodo di Lister, ma evava dovuto sospendere per un istante la polverizzazione perocchè il moncone erasi fatto freddissimo. Applicaronsi tre punti di sutura profonda e dei tubi a drenaggio, l'uno dei quali lungo il vuoto lasciato posteriormente dal gran trocantere.

L'operata moriva 26 ore dopo l'operazione e probabilmente pel trauma da questa, perocchè la perdita del sangue era stata insignificante.

Sc.

Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede; pel dott. Poinsot. (*Revue mensuelle*, dicembre 1877).

Sotto il nome di lussazioni del collo del piede Poinsot riunisce le lussazioni tibio-tarsee, e le astragaliche che divide con M. Broca in lussazioni sotto-astragalee e lussazioni totali dell'astragalo appoggiandosi, per spiegare questo ravvicinamento, alla similitudine delle cause di queste lussazioni, all'analogia dei disordini e delle complicazioni che ne risultano. Aggiungere si deve che le variazioni della terapia chirurgica, le quali hanno nei due casi subita la stessa alternativa sono eziandio un nuovo punto di contatto. Nella prima parte del suo lavoro, M. Poinsot, fa la storia di queste variazioni e narra come da Ippocrate fino ai nostri giorni i chirurghi ondeggiarono dall'aspettazione assoluta all'intervento esagerato, come l'amputazione fosse stata talvolta celebrata, tal'altra dimenticata, e la resezione fosse stata causa di divergenze e per ultimo come la conservazione razionale e metodica tenda ad imporsi sempre più nella pratica comune.

La seconda parte è dedicata all'esposizione di 28 fatti di lussazione tibio-tarsica, e di cinque casi di lussazione dell'astragalo; queste osser-

vazioni, riassumono la pratica dei chirurghi dell'Ospedale S. Andrea di Bordeaux in questi ultimi anni. Questa statistica personale dà a Poinsot i risultati seguenti:

Per la *riduzione* la proporzione delle guarigioni è del	81,3	per 100
Per la *resezione* immediata	75	per 100
Per l'*amputazione* immediata	33	per 100

Da ciò l'Autore conclude che l'amputazione immediata deve essere assolutamente abbandonata, che la riduzione e la resezione sono i soli metodi di trattamento da impiegarsi nelle lussazioni complicate del collo del piede e che dal punto di vista del successo essi possono essere messi allo stesso livello.

Lo studio statistico delle osservazioni anteriormente pubblicate condusse M. Poinsot alle identiche conclusioni. L'Autore ha riassunto 42 casi di lussazioni tibio-tarsiche trattate colla riduzione ed 81 nelle quali si fece la resezione. La proporzione delle guarigioni è del 85,4 per 100 nella prima serie; la mortalità non è che del 15,7 per 100 nella seconda. Quanto all'amputazione la mancanza dei fatti non permette di stabilire delle proporzioni numeriche; ma, basta, dice l'Autore, consultare la tradizione dei chirurghi per restar convinti che giammai questa operazione non sarà per dare l'85 per 100 di guarigioni.

A questi tre modi di cura s'aggiunge nei casi di lussazione astragalica un quarto metodo: l'aspettazione pura. In base ai fatti raccolti Poinsot pensa che una superiorità incontestabile spetta alla riduzione, tanto che la lussazione è sotto astragalica che totale, sia o no accompagnata da ferita. Ma la riduzione falliisce sovente; ed allora conviene aspettare o fare l'estirpazione? La superiorità dell'aspettazione è marcatissima nelle lussazioni totali senza ferita, ed essa è ancora da preferirsi in altra varietà di spostamenti, ma in proporzioni notevolmente minori.

Dal punto di vista della vita o della morte la conservazione ha dunque sopra l'amputazione una preminenza incontestabile. Ma il membro conservato non è egli più sovente nocivo che utile. La lunghezza della cura non deve essa essere presa in considerazione quando si tratta di ammalati senza risorse, e che nutrono la loro famiglia col lavoro?

Per quanto riflette l'utilità del membro offeso, Poinsot prova con cifre alla mano, che si è troppo dipinto in nero il quadro e che nella maggioranza dei casi gli ammalati trattati colla riduzione o colla resezione conservano il libero uso della loro gamba. Sulla lunghezza della cura Poinsot fa rimarcare che la durata media del trattamento per la riduzione come per la resezione non sorpassa guari i sei mesi e mezzo; e che se la cicatrizzazione è più rapida nell'amputazione, bisogna tener calcolo del tempo che l'operato impiega ad abituarsi ad appoggiare sul moncone. D'altra parte senza parlare dei danni che espone l'operazione puossi seriamente mettere in bilancia, la situazione d'un operajo che ha

conservato la sua gamba anche a prezzo di una permanenza a letto di mesi e quella di un amputato privato di una parte e ridotto così ad un'incapacità più o meno grande nell'esercizio del suo mestiere?

PARONA.

Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all'Ospedale di S. Eugenia; del dott. EDOARDO GOETZ (Pag. 118, Paris 1877).

È questo un lavoro assai ben disposto ed istruttivo fatto collo studio di 36 casi originali. L'Autore dà un estesa bibliografia sull'argomento e dalle sue indagini viene alle seguenti conclusioni:

1.° La parola spina ventosa deve essere usata soltanto come nome di una malattia, che, come fu descritta, si manifesta nelle ossa lunghe del piede e mano dei ragazzi scrofolosi.

2.° Le alterazioni anatomiche della spina ventosa, in tal modo definita, è un osteomielite cronica, il male si manifesta primitivamente nel tessuto midollare (degenerazione fungosa); nel tessuto osseo è secondaria, e le alterazioni nel periostio (periostite cronica) è una conseguenza delle due precedenti alterazioni.

3.° La spina ventosa è un affezione puramente del corpo dell'osso essendovi molto sovente nessuna lesione delle epifisi o delle superfici articolari.

4.° La scrofola in tutti i suoi gradi è una delle cause della spina ventosa. Le cause immediate della malattia sono oscure.

5.° Nello sviluppo delle spine ventose vi sono due periodi, il primo di ulcerazioni indolenti senza alcuna alterazione della pelle, il secondo di ulcerazione della pelle seguita dall'uscita di sostanze fungose dal canal midollare.

6.° La diagnosi della spina ventosa deve essere fatto tra essa ed i geloni, la dactilite strumosa o sifilitica, l'encondroma delle dita, l'esostosi ed il tumor bianco delle articolazioni dei metacarpi e delle falangi.

7.° La guarigione e la terminazione più frequente della spina ventosa. Talvolta però l'osso ammalato diventa necrotico ed allora le alterazioni si estendono alle parti vicine.

8.° In ogni caso il trattamento medico deve essere provato e continuato per molto tempo. L'esportazione delle dita deve soltanto essere proposta come ultima risorsa, e dopo che si fecero tentativi di conservazione con resezione sotto-periostea dell'osso ammalato.

PARONA.

Considerazioni sulla temperatura nel tetano; per THOMAS. (*Thèse de Paris*, 1876 e *Revue mensuelle*, dicembre 1877).

L'innalzamento della temperatura nel tetano è un fatto ordinario ma non assolutamente costante. Le spiegazioni che si sono date su questo fatto sono numerose, ma nessuna può essere considerata come una soluzione definitiva il che probabilmente dipende dal non essersi sufficientemente studiati i caratteri di questo fenomeno nei differenti periodi del tetano.

L'ipotesi più generalmente ammessa è quella, che spiega questo eccesso di calore, dall'intensità e generalità delle contrazioni. Quest'ipotesi si appoggia sulle esperienze di Ziemssen e di Béclard le quali stabiliscono che i muscoli in contrazione tonica producono più di calore che i muscoli in contrazione clonica. Le osservazioni di Charcot sulla temperatura nelle malattie a convulsioni cloniche, paralisi agitante, corea, e nelle malattie a convulsioni toniche, epilessia, tetano, sono ugualmente favorevoli a quest'opinione.

Altri autori hanno attribuito l'elevazione della temperatura del tetano all'alterazione del sangue consecutiva all'esagerazione funzionale dei muscoli, all'irritazione del midollo spinale e sopratutto della sua parte superiore, ad un grado più o meno pronunciato di mielite, all'eccitazione d'un focolajo regolatore del calore animale arbitrariamente posto nel bulbo. M. Verneuil avendo osservato in due casi delle lesioni polmonali assai estese, bronchite intensa, congestione polmonare generalizzata, punti estesi di vera polmonite a pensato di spiegare con queste alterazioni acute, l'elevazione talvolta così brusca della fine.

Thomas ha raccolto 14 osservazioni di tetano de' quali otto seguiti da morte. In questi otto casi, distinti per una notevole elevazione della temperatura *in extremis*, trovò 6 volte delle lesioni polmonari. Adottando l'ipotesi di Verneuil, egli ammette che queste lesioni polmonari congestione intensa, ecchimosi sotto pleurali, piccoli focolai emorragici disseminati, spiegano l'alta temperatura. Tuttavia termina dicendo che nello stato attuale della scienza è impossibile di assegnare una causa unica all'elevazione della temperatura presso i tetanici.

PARONA.

Altri quattro casi di antrace interno; del dott. E. MASING. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, N 41).

L'Autore in base ai casi più recenti osservati di antrace avea conchiuso, che come sintomi specialmente caratteristici accennano alla diagnosi dell'antrace interno la diarrea senza vomito, l'immunità degli organi della respirazione, e lo stato libero del sensorio.

Il primo dei casi ora comunicati si distinse invece per vomito violento; e la seziono dimostrò una pustola maligna nello stomaco e parecchie nel duodeno e nell'ileo.

Il secondo paziente venne nell'Ospedale in un profondo coma e vi morì appena dopo due ore. All'autopsia si trovò l'intestino dal piloro fino alla valvola ileo-cecale disseminato di pustole caratteristiche d'antrace, nel cervello eravi infiltrazione diffusa emorragica dell'aracnoide con numerose emorragie puntiformi nella sostanza dello stesso.

Nel terzo caso il sintomo clinico più saliente era nna enorme dispnea, l'infezione avea la sua sede principale nelle glandole follicolari della trachea e dei bronchi.

Il quarto caso finalmente venne a guarigione dopo la escisione generosa della pustola primaria alla guancia.

Si erano in tutti quattro i casi trovati i bacterii proprii dell'antrace nel sangue e specialmente nel trasudato della pleura e nel cavo peritoneale.

Nel quarto caso la presenza di detti bacterii nella corona della vescichetta della pustola avea reso possibile la diagnosi e tosto indicata anche una terapia efficace.

CAVAGNIS.

Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione. Rapporto della Commissione speciale per la Cura delle piaghe, fatto alla Società di chirurgia di Mosca.

Questo opuscolo è un estratto delle deliberazioni dell'accennata Società, ed è una contribuzione al soggetto, molto elaborata ed opportuna. Dopo un esame accuratissimo e completo degli argomenti *pro* e *contro* e dei risultati ottenuti cogli altri metodi di cura, inchiusa la « medicazione di Lister », la Società ha unanimemente raccomandato un metodo di cura delle ferite, diametralmente opposto nel fondamento a quello di Lister.

La polverizzazione co' suoi risultati sono accuratamente discussi, ed è allegata l'opinione di Billroth che l'uso o non della polverizzazione non porta alcuna differenza nella rapidità della putrefazione, mentre essa è cagione di grandi inconvenienti e che tendono a *produrre* un'immensa effusione di siero della ferita.

Dopo qualche considerazione sullo strano enigma, che il genio di West non fu abile a sciogliere, implicato nei risultati egualmente soddisfacenti ottenuti col metodo di cura di Burow Rose in cui le ferite sono lasciate affetto scoperte, e quello di Lister, in cui sono tanto accuratamente riparate, gli scienziati russi ne trovarono la spiegazione nella teoria che la medicazione di Lister è la meno riprensibile di tutte le medicazioni riprensibili.

Il progetto dei Russi non è nuovo, nè strano: legature di catgut, suture metalliche, alcune profonde, altre superficiali, drenaggio il più libero possibile, apparecchi gessati, pesi e puleggie per sostenere i lembi nei casi d'amputazione, e medicazione di nessuna specie.

Le ferite granulanti sono lasciate liberamente esposte all'aria e semplicemente protette dal contatto delle coperte con una gabbia di fil di ferro.

L'opuscolo è interessante, ben scritto, ed è una buona illustrazione della verità troppo spesso dimenticata, che le ferite tendono naturalmente a cicatrizzarsi se ne hanno l'opportunità, e che il successo dipende meno che non si pensi dai metodi di medicazione; ma se una ferita è ben sgorgata, libera da ogni tensione e tenuta in riposo, procederà bene qualunque sia la medicazione che vi si applichi o non ve se ne applichi alcuna.

PARONA.

La cura chirurgica delle ferite; del prof. NEÜRDORFER. (*Giornale di Méd. Militare*, maggio 1877).

Anche in Germania il metodo di medicare del Lister, dapprima accolto con diffidenza, poi da alcuni seguito con entusiasmo tra i quali tuttodì si annoverano il Simon, il Volkamann; trova ora dei censori parimenti autorevoli e tra questi vanno ricordati l'Heyfelder ed il Neüdorfer. Di quest'ultimo ci piace riportare le conclusioni del sovra menzionato lavoro, siccome assai persuasive secondo il nostro modo di vedere.

1.° La relazione causale fra i batterii e la putrefazione non si può attualmente precisare. È probabile che nella maggior parte dei casi i batterii siano una concomitanza ed anche una conseguenza della decomposizione organica, benchè possano in qualche occasione essere vera causa di questa. La pluralità di questi esseri microscopici devono essere considerati come inoffensivi e soltanto alcuni di essi sono origine d'infezione; e deve principalmente considerarsi come certa quest'asserzione generale, rispetto ai batterii dell'aria asciutta, che assai di rado sono corpi infettanti.

2.° I danni che l'aria cagiona alle ferite, e l'irritazione che vi produce non possono attribuirsi (almeno in modo definitivo) ai batterii sospesi in essa e pertanto non è necessario di difendere le ferite contro questi esseri generalmente inoffensivi.

3.° La teoria di Lister sulla suppurazione e decomposizione manca di fondamento, giacchè non lascia d'essere una ipotesi senza base da cui non si possono dedurre conseguenze definitive.

4.° Gli albuminati solubili di animali in genere come il sangue, il sudore, la linfa sono di composizione chimica tanto instabile che solo si conservano inalterati in quanto circolano o soggiornano in istato di salute nei loro vasi; però quando per qualsiasi accidente vi ha travenamento o malattia, si verifica in essi un cangiamento molecolare, alterazione o decomposizione de'suoi elementi chimici.

5.° Si debbono considerare come fermenti e cause di decomposizione per contatto: *a* tutti gli albuminati alterati d'origine animale; perchè hanno la proprietà di partecipare la loro alterazione agli altri albuminati puri, *b* gli albuminati alterati d'origine vegetale, come il cotone, il lino e gli altri materiali da fasciature, *c* l'acqua anche distillata che sia stata in contatto con albuminati alterati per la qual causa si opera in essa pure la decomposizione. Si può ammettere che la facilità d'alterazione d'un albuminato cresce a misura della sua diluzione in maggior quantità d'acqua e diminuisce quando v'ha minor quantità di questo liquido: di modo che la chiara d'uovo solida e secca è quasi incorruttibile ed inalterabile, *d* cause puramente meccaniche come urto, colpo o scossa producono alterazione negli albuminati, *e* influenze dinamiche, come il dolore, l'eccitazione dell'animo possono dar luogo alla decomposizione degli albuminati.

6.° Come prima condizione per una buona cura, fa d'uopo badare ad impedire la degenerazione dei liquidi della ferita, procurando di allontanare tutte le cause d'alterazione indicate nel precedente paragrafo. Se questo si ottiene il ristabilimento della salute viene da sè, ed in ciò consiste il segreto della chirurgia.

7.° La fasciatura conosciuta col nome di antisettica di Lister possiede realmente la proprietà di attenuare le cause dei danni riferiti e nella pluralità de'casi da risultati favorevoli.

8.° È un errore l'attribuire l'influsso malefico sulle ferite soltanto ai batterii vaganti nell'atmosfera da cui risulta una serie di conseguenze esse pur false. Lister procura o di nettar l'aria dai batterii, o d'impedirne la penetrazione nelle ferite e crede che se per incuria se ne introduce alcuno, compromette l'esito della cura; risultando da quest'idea a parer suo, la necessaria complicazione della fasciatura di Lister coll'aggiungere anche un altro involucro di seta protettrice sul velo antisettico o qualsiasi accessorio altrettanto inoffensivo; ne sarebbe d'altronde meno buona, se si sopprimesse taluna di queste tre cose la *nebbia fenica*, la *seta protettrice*, il *makintosh* o le tre insieme.

9.° L'essenza d'una buona fasciatura antisetttica consiste: *a*) nell'allontanare dalla ferita tutti i riferiti influssi nocivi nel procurare la nettezza delle mani e degli strumenti che dovranno toccarla; col sottrarla all'azione dell'acqua; nella poca frequenza del cambio di fascie, nonchè nel tatto e nell'accuratezza della manipolazione. *b*) Nell'adoperare medicamenti che posseggono le proprietà di mantenere e consolidare l'affinità primitiva degli albuminati neutralizzando certe azioni nocive inevitabili.

10.° L'acido fenico è una sostanza combinabile cogli albuminosi che dà per risultanza un nuovo albuminato meno alterabile, e neutralizza le cause esteriori di perturbazione chimica.

11.° La proprietà antisettica dell'acido fenico, la maniera dell'applicazione e delle sue dosi convenienti furono fatte conoscere da G. Lemaire nel 1861 che a quell'epoca espose la teoria della suppurazione e decomposizione conosciuta col nome di Lister, come pure l'idea della nebbia fenica, del *makintosh*, e quella di scansar l'irritazione prodotta dallo stesso acido fenico.

12.° La fasciatura veramente antisettica si può applicare sul campo di battaglia, cioè negli spedali da campo, ne' casi di pratica clinica e pei poveri, altrettanto facilmente quanto negli spedali ordinarii ottenendosi negli uni e negli altri siti risultati egualmente buoni.

13.° La pietra di paragone d'un buon antisettico sta nell'esaminare se nella maggior parte delle ferite recenti produce la riunione per prima intenzione, cioè senza suppurazione. L'esito favorevole d'una ferita nulla prova riguardo ad un metodo determinato; giacchè s'arriva ad ottenerlo con tutti i metodi praticati.

14.° Non si conosce oggidì ualcn antisettico più intenso dell'acido fenico; vi sono bensì medicamenti che per questa qualità gli si avvicinano. Tali sono l'acido salicilico, benzoico, borico ed altri; lo zucchero, l'alcool, il vino, la canfora, la corteccia di china, l'idrato di cloralio; che possono prestar buoni servizi e devono considerarsi come elementi del tesoro di risorse chirurgiche.

15.° L'acido fenico ha inoltre la qualità di servire con buon esito per le injezioni cutanee; per curar la risipola e la fermentazione pirogena nel suo periodo iniziale: proprietà estranee agli altri àntisettici o che per lo meno esistono in essi solo in grado assai minore. Finalmente l'acido fenico presenta la particolarità di provocare contrazione nei nervi vaso-motori nella regione ammalata.

16.° La cura all'aria libera non può competere coll'antisettica, perchè la possibilità della sua applicazione è molto ridotta, oltrecchè con essa non si ottiene mai una guarigione per prima intenzione.

La durata della lesione col primo metodo è più lunga relativamente e se non si adoperano altri mezzi v'ha deficienza nella cicatrizzazione.

In cambio di questi svantaggi questo trattamento è eccellente pei casi di amputazione sul campo di battaglia e negli spedali perchè non dà mai luogo alla pioemia e setticemia.

Il processo curativo mediante la ventilazione viene ad essere soltanto una modificazione della cura delle ferite allo scoperto.

17.° Il metodo di Giulio Guerin, ossia dell'aspirazione, ha solo un valore storico, però non pratico; conta più seguaci la fasciatura ovattata di Alfonso Guerin benchè non impedisca la suppurazione ne le infermità accidentali e non abbia la pretensione di essere veramente antisettica.

18.° Le qualità antiputride dello zucchero, come possiamo osservare quotidianamente nella frutta conservate in dolce meritano d'essere tenute in conto pel trattamento delle ferite avendomi dato buoni risultati i miei tentativi collo sciroppo semplice e con quello fenicato.

19.° Le corde di minugia impiegate da chirurghi pratici, sono deliquescenti ed arrivano persino a sciogliersi; se si macerano nell'olio perdono alcun poco la prima qualità; però trattate coll'acido fenico subiscono una certa disgregazione molecolare che le fa solubili ne' liquidi dei tessuti ed in apparenza vi ha una soluzione diretta fra questa disgregazione preliminare della solubilità e la quantità d'acido fenico adoperato nella preparazione.

20.° S'impiegano per legature d'arterie tanto le minugie semplicemente rammorbidite, quanto quelle preparate da Lister coll'olio fenicato (coll'aggiunta d'alcune goccie d'acqua), l'una e l'altra specie è insolubile nello spazio di tempo in cui è tenuta a contatto coi liquidi dei tessuti. La durata necessaria perchè ciò si verifichi è molto variabile e costituisce tuttora un oggetto di studio.

In ogni caso siffatte legature non sono che provvisorie con tutte le fasciature e gli inconvenieti di questa qualità.

21.° La minugia raggiunge le due condizioni per stringere un' arteria mediante l'allacciatura, il corso del sangue colla formazione progressiva e l'organizzazione del trombo prodotto dall'appiattimento delle pareti dell'arteria nel punto stretto del laccio, e la formazione di nuovi tessuti d' unione provocata dall' irritazione dell' avventizia scoperta.

In questa classe d'allacciature è tanto impossibile la conversione della minugia in nuovi tessuti quanto quella del filo d'argento; anche con quest' ultimo si vede nuova formazione di tessuto nel sito dell'arteria.

22.° Già da gran tempo si pratica l'operazione di tagliar la legatura molto vicino all'osso; si fa lo stesso tanto con quella fatta di minugia che colla metallica o qualsiasi specie di cordoncino. Tutti i vantaggi essenziali che Lister pretende ottenere coll' allacciatura mediante la minugia si ottengono del pari con buona seta, e se si eseguisce accuratamente non s' impedisce la riunione per prima intenzione.

PARONA.

Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici; del dott. FOURESTIÈ. (*Tesi di Parigi*, A. Delahaye, 1876).

L'Autore chiama col nome di ascessi ossifluenti esterni quelli che generansi sotto i tegumenti ed in luogo più o meno lontano dalla loro origine senza attraversare nè il petto nè l'addome; tali sono gli ascessi derivanti dalla lesione delle coste, del gran trocantere, ecc. Onde aprirli torna al metodo antico del caustico.

Applica sull'ascesso una rotella di pasta di Vienna, il cui diametro sii inferiore di 1 a 2 centimetri a quello dell'ascesso. L'escara una volta prodotta viene abbandonata a sè stessa; la eliminazione e la uscita del pus non è favorito nè dalla pressione, nè da nuova applicazione di caustico.

Nel tempo stesso, che l'escara si distacca, il solco si riempie di bottoni carnei; il pus se non è assorbito in totalità, si fa strada sui margini scolando lentamente, e quando l'escara cade, resta una cavità diminuita di tre quarti, un focolaio vuoto e una superficie in via di cicatrizzazione. È allora, se il punto osseo leso non è troppo lontano, che puossi con delle applicazioni di pasta del Canquoin, cauterizzare i tragitti fistolosi e modificare il tessuto generatore del pus.

L'Autore cita 7 osservazioni di cui 2 però con esito infausto.

BOSSI.

Sopra la così detta suppurazione bleu; del dott. GIRARD. (*Deutsche Zeitscrift für Chirurgie.* VII, pag. 389. — *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1877, N. 28. — *Ueber die sogenaunte Plane Eiterung*).

In base ad esami chimici e clinici molto accurati, dichiara l' Autore

che la suppurazione bleu o verde, per la quale propose il nome di *Cianocrosi nosocomiale*, è un processo epidemico-contagioso, consistente in ciò, che, sotto l'azione d'un particolare contagio, nei pezzi di medicazione, impregnati di liquidi albuminosi, si sviluppa una sostanza specifica colorata in bleu, chimicamente molto bene caratterizzata, indipendente totalmente nella sua origine dalla materia colorante della bile e del sangue.

Da questa sostanza, che è la *Piocianina*, si sviluppa per uno spontaneo cangiamento nei pezzi di medicazione una seconda sostanza, di color giallo, la *Pioxantosi*, la quale colle sue varie miscele è la causa delle diverse gradazioni di colore (celeste-indigo, rosso-rosa, verde-oscuro) della marcia. Oltreaciò svi̇luppasi nel medesimo tempo una sostanza odorosa, che sta preferibilmente attaccata alla *Pioxantosi*.

La potenza del contagio starebbe in relazione coll'esistenza degli organismi viventi inferiori, i quali si trovano sempre in grande copia nelle dette pezze di fasciatura: e così la congettura che essi costituiscano il contagio ne resterebbe, secondo l'Autore, avvalorata.

La verosimiglianza diventerebbe poi per lui quasi certezza, dopochè fu provato, che la glicerina, la quale rende inattivi i fermenti viventi ed è perciò uno dei mezzi più potenti per la distruzione degli organismi inferiori, toglie anche ogni efficacia al contagio in discorso.

Non si conosce alcun carattere che valga a differenziare tali organismi gli uni dagli altri, i quali perciò si lasciano ben poco distinguere, anche a motivo del loro colore, che è per tutti molto somigliante.

CAVAGNIS.

Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe; di ONIMUS. (*Soc. de biol.*, 17 fevrier 1877, N. 9, *Revue des Sciences Medicales*, N. 20, 15 octobre 1877).

La corrente discendente accresce la suppurazione nel tempo istesso però che i fenomeni di nutrizione s'invigoriscono e i bottoni carnei si formano in grande abbondanze e con grande rapidità.

Con la corrente ascendente la suppurazione diminuisce rapidamente.

Nelle ulceri atoniche, in quelle che dipendono da varici, d'accidenti locali, si devono usare correnti leggerissime e che durino qualche ora. Si metta il polo positivo al disotto dell'ulcera e il polo negativo al disopra: le placche si lascino applicate per 5 o 6 ore e si ripeta ciò tutti i giorni.

Quando le piaghe od ulceri dipendono da alterazione nervosa e son difficili a guarire, si ponno impiegare correnti più intense, ma di minor durata.

Infine, secondo gli effetti che si vogliono ottenere, si impiegheranno le correnti ascendenti e discendenti, ma nei primi giorni è meglio usare una corrente discendente, poi cangiar la direzione della corrente, e innanzi tutto porre il polo positivo sulla piaga.

BOSSI.

Studio della sensibilità termica nelle ulceri varicose; per SEJOURNET. (*Thèse de Paris*, 1877 e *Revue Mens.*, dicembre 1877).

I sconcerti di nutrizione che soventi volte accompagnano le ulceri varicose, desquamazione epiteliare abbondante, secrezione di sudore esagerata, espulsioni, pigmentazione della pelle, ecc., furono segnalate dagli autori da molto tempo. M. Sejournet addetto al servizio del suo maestro M. Terrier, aggiunse a questi disturbi di nutrizione dei disturbi nella sensibilità termica che ha constatato nella maggiorr parte degli ammalati affetti da ulceri varicose. Talvolta si trova soltanto un semplice ritardo nella percezione del caldo e del freddo, tal'altra questa percezione è totalmente abolita, ovvero pervertita; il malato confonde il freddo col caldo e viceversa; in certi casi esiste una vera iperestesia termica; il contatto d'un oggetto freddo determina una sensazione di bruciore.

L'Autore ravvicina questi fatti all'anestesia che osservasi nel mal perforante e da tale confronto conclude che l'ulcera varicosa, è sotto la dipendenza di disturbi trofici.

PARONA.

Sopra la riunione per prima intenzione colla ovatta; del dott. DESORMEAUX. (*Archives Générales de medecine*, mai 1877).

Per ottenere questo risultato, fatta l'amputazione e la disarticolazione, l'Autore, lava la piaga con dell'acqua e dell'alcool fenicato o con una soluzione di cloralio; indi, pratica la sutura mediante filo di ferro fino e ricotto, lasciando fra i punti uno spazio ove colloca un drenaggio. In seguito, applica sul moncone uno strato d'ovatta, che leva dodici o quindici dì dopo per togliere il drenaggio, i fili, la sutura che sono divenuti inutili; poscia, fa una nuova lavatura, riapplica l'ovatta e la lascia altri quindici o venti giorni prima di tagliarla definitivamente; da questo momento la cicatrice è solida.

Questo metodo ha dato fino ad oggi i migliori risultati.

BOSSI.

Modo particolare di metodica compressione per mezzo dell'aria o dell'acqua; del dott. CHASSAGNY. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1877, N. 15, pag. 388).

Nella seduta del 10 aprile 1877 il dott. Chassagny di Lione, dava lettura all'Accademia di Medicina in Parigi di un suo lavoro vertente sull'argomento qui indicato. Come metodo generale questa compressione devesi ritenere quale il risultato del gonfiamento di un sacco di *caoutchouc* a pareti assai sottili, e che disteso mediante la iniezione di aria o di acqua, viene impedito ad espandersi all'esterno da un guscio a pareti rigide che lo obbliga a reagire colla superficie opposta sulla regione che si tratta di comprimere.

Questa compressione si applica a spazii limitati, per esempio al seno, sopra tumori o circolarmente alle membra lungo la loro continuità od ai loro estremi.

Chassagny presentava: 1.° Un apparecchio destinato alla compressione del seno; 2.° Una serie di apparecchi destinati a comprimere il braccio, l'avambraccio, il cubito, la mano, il ginocchio, la gamba ed il piede. Egli insiste sulla natura della compressione che in nulla rassomiglia a quella indotta dagli altri apparecchi, esercitandosi con una regolarità ed uniformità perfetta su ogni punto, che viene perfettamente tollerata, che annienta la contrazione muscolare e che presenta sopratutto il carattere distintivo, di non produrre mai edema alle parti inferiori non compresse quando venga applicato lungo la continuità di un arto.

L'Autore ottenne con questi mezzi dei risultati sommamente pronti in casi di ascessi e di ingorghi del seno, in artriti con o senza effusione, nelle contusioni, nelle distorsioni, ecc.

Nei casi di grandi traumatismi gli apparecchi sono muniti di due tubi: attraverso ad uno si fà entrare dell'acqua a bassa temperatura facendola uscire dall'altro, ottenendosi così la compressione e la irrigazione ad un tempo.

Mediante una specie di calzone a stecche guarnito di molle da *crinoline* lungitudinalmente e costituenti l'inviluppo esterno, si possono sostituire con sommo vantaggio gli apparecchi al silicato destinati ad immobilizzare l'arto inferiore nei casi di coxalgia.

Per ultimo Chassagny presentava dei sacchi a doppia parete per avviluppare il moncone delle membra amputate e che permettono medicature facilissime, assai pronte ed assolutamente fuori del contatto dell'aria.

Non conoscendo noi ancora per esteso il lavoro del dott. Chassagny non ci è dato sapere se egli annunciasse questo speciale processo di compressione ed i relativi apparecchi quali da lui immaginati; ma non possiamo crederlo, dacchè il dott. Leopoldo Buys di Bruxelles fino dal 1868 ebbe a proporsi lo stesso scopo raggiungendolo con identici mezzi. Ciò risulta, da un sunto di una di lui Memoria, in allora ancora inedita, da noi pubblicato nel 1870 in questa stessa Rivista, ed avente per titolo: *Di alcune nuove applicazioni della compressione e della aspirazione in chirurgia.* « (Rivista di Med. di Chir. e di Terapeutica » 1870, pag. 17, 50, 83 e 154). Il quale lavoro poi veniva nello stesso anno inserito nelle Memorie dell'Accademia Reale di Medicina del Belgio col titolo di: *Cura delle cisti dell'ovaia, del piotorace, dell'idrotorace, delle piaghe, ecc., mediante la compressione e l'aspirazione continue. — Processi ed apparecchi nuovi. Con tre grandi tavole litografate e colorate,* e nella terza di queste tavole stà appunto delineato, quale tipo di varie forme, un astuccio destinato alla mano. Al dottor Chassagny non resterebbe quindi che il merito di avere resi tali apparecchi irrigabili ne sappiamo se li munisse come fece il Buys di un manometro onde conoscere il grado di pressione atmosferica.

Sc.

Nuove osservazioni ed esperimenti sulla medicazione arsenicale nei tumori delle glandule linfatiche; del dott. Winiwarter. (*Giorn. di med. militare*).

Come aggiunta ad un precedente suo lavoro (*Med. Jahrbücher*, 1877, fasc. II) il dott. Winiwarter rende noti i favorevolissimi e nuovi risultati da lui ottenuti nella clinica di Billroth (sui quali parlò anche Czerny) e nella pratica privata mediante l'uso interno e sottocutaneo di arsenico nei linfomi maligni. Sotto il titolo *linfomi maligni* l'Autore comprende l'iperplasia semplice delle glandule linfatiche, la quale conduce a grossi tumori ed a metastasi negli organi interni che lasciata a sè stessa trae a morte sotto apparenze cachetiche, mentre d'altra parte ne separa tanto il sarcoma delle ghiandole linfatiche quanto la leucemia nella quale l'importanza maggiore sta nella modificazione del sangue. Per mezzo della medicazione arsenicale si ottiene la diminuzione, anzi la scomparsa dei tumori ghiandolari, la quale difficilmente si può ottenere cogli ordinarii mezzi chirurgici. Che l'azione poi di questa medicazione abbia lunga durata e che per essa si prevengano le frequenti recidive, lo dimostra un caso osservato dall'Autore fino dall'anno 1873. Egli appresta contemporaneamente l'arsenico tanto per via interna che esterna. Nel primo caso egli amministra il liquore del Fowler con parti eguali di ferro pomato ed in dose crescente. Da principio ne fa prendere alla mattina e alla sera, dopo il pranzo e dopo la cena 5 goccie in un cucchiajo di vino rosso.

Tale dose viene aumentata ogni secondo o terzo giorno di una goccia la mattina e di una la sera, fino a che i disturbi gastrici non impediscano di progredire. In tal caso si diminuirà poco a poco la dose, ma non si sospenderà mai l'arsenico ad un tratto. D'ordinario i sintomi d'avvelenamento si presentano dopo due apprestazioni di 25 a 30 goccie della mistura suddetta. Il dott. Winiwarter non andò mai al di là delle 40 goccie. Per le injezioni invece nelle glandule che si fanno con la siringa di Pravaz, egli adopera il liquore puro di Fowler. Se la qualità del tumore lo esige, pratica nei singoli gruppi glandulari 2 o 3 di tali injezioni al giorno. L'assenza del sonno che subentra frequentemente all'uso protratto di tale rimedio verrà combattuta prescrivendo alla sera della birra, somministrando del bromuro potassico e finalmente diminuendo le dosi del medicamento. Nell'ultimo Congresso chirurgico anche il professore Esmarch constatò i favorevoli risultati ottenuti in alcuni casi di tumori maligni col suddetto trattamento curativo.

Parona.

Ricerche sugli accidenti prodotti dall'anestesia coll'etere nei ragazzi; del dott. Tripier. (*Association francaise pour l'avancement des sciences, cinquieme session*, p. 720, 1876).

I chirurghi, già da tempo, studiando gli effetti dell'etere e del cloroforme, son venuti alla conclusione, che l'impiego del primo nei fanciulli è molto più dannoso che quello del secondo.

Questa conclusione venne confermata oggidì da ricerche fatte dal dott. Tripier. L'Autore ha esservato in ragazzi dai 5 agli 8 anni, nel corso dell'anestesia coll'etere, accidenti gravi dovuti nè all'asfissia, mancando la cianosi, nè alla sincope avendo il cuore continuate regolarmente le sue pulsazioni durante tutto il tempo dell'anestesia.

I fenomeni più salienti erano l'arresto della respirazione e il vomito di gran copia di mucosità bronchiali più o meno filanti.

L'Autore nel sospetto che l'etere potesse in qualche modo agire sulla mucosa laringo-tracheale da aumentarne la secrezione, intraprese una serie d'esperienze senza però venirne a risultati tali da permettergli di risolvere la questione.

Bossi.

Della rivulsione interstiziale colle iniezioni ipodermiche di nitrato d'argento; di Deuck. (*France medicale*. N. 29, p. 225, 1877).

L'Autore fa elogi dell'iniezione del nitrato d'argento come rivulsivo nei tessuti cellulari. Ne inietta da cinque a sei goccie della soluzione al 4 per 0|0.

L' usò con profitto nella nevralgia del radiale, nell' artrite cronica, nella tubercolosi del testicolo e nella scapulalgia.

L'Autore conclude, che queste iniezioni ponno essere utilissime nelle vere nevralgie; son superiori alla pasta di Vienna e al ferro rovente e se non altro sono un palliativo raccomandabile. Queste iniezioni danno luogo ad ascessetti, che si ponnc evitare diluendo la soluzione.

Bossi.

Intorno alla trapanazione neolitica; del prof. Broca. (*Arch. Gén. de Méd.*, settembre 1877).

Nella seduta del 3 luglio corrente anno il prof. Broca comunicava all'accademia delle scienze di Parigi una nota relativa ad una sua Memoria intorno alla *trapanazione neolitica* e che riescì di grande interesse dal punto di vista storico della medicina e della chirurgia.

Questa operazione che risale alla più remota antichità deve avere preceduta la conoscenza dei metalli, si venne infatti a scoprire in alcune stazioni neolitiche un certo numero di cranii umani sui quali l'apertura di una trapanazione era rimasta intatta, ed i caratteri speciali e costanti che dessa presentava provarono che si trattava di una operazione metodica eseguita mediante raschiatura anche oggigiorno in uso appo alcune tribù selvagge.

Il prof. Broca in allora praticava a titolo di esperimento la trapanazione in un giovane cane mediante un raschiatoio di silice proveniente dalla stazione paleolitica di Eyzies, e riesciva facile e spedita, persuadendosi che con nessun apparecchio moderno si risparmiava così bene la dura madre. Ripeteva tale operazione su cadaveri umani rilevando che se negli adulti la operazione dura più di un'ora si compie in quattro o cinque minuti nei ragazzi. Ed era appunto su questi che i trapanatori neolitici la praticavano, perocchè si proponevano di curare le

forme convulsive tanto comuni a quell'età e che si attribuivano alla irrequietudine di uno spirito agitantesi nel loro corpo. Gli individui trapanati conservavano un carattere di santità e dopo la loro morte venivano separate tutte le parti all'ingiro della apertura per la quale si credeva fosse passato lo spirito e la conservavano come amuleto. Dicevasi questa la *trapanazione postuma*, scoperta dal dott. Prunieres, essendosi data all'altra il nome di *trapanazione chirurgica*.

Sc.

RIVISTA DI TOSSICOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

Arsenico.
Elleboro.
Fosforo.
Jodio.
Mercurio.
Santonina.
Tartaro emetico.

Arsenico.

Il dott. Renato Rouyer pubblicava a Nancy una tesi in cui, diretto dal prof. Feltz, procurava di determinare le dosi tossiche e i contravveleni di alcuni composti arsenicali (1). Da quegli sperimenti risulterebbe: che l'acido arsenioso injettato nelle vene riesce ai cani, rispettivamente al peso del corpo d'un chilogrammo

Velenoso	alla dose di	0,6	milligrammi
Grandemente velenoso . .	»	2,5	»
Assolutamente letale	»	3,0	»

con quest'ultima dose la morte succede in 8 ore, con l'altra dalle 24 alle 35 ore.

Dato per bocca, e tenuto fermo l'anzidetto rapporto al peso d'un chilogrammo, quello è *quasi sempre* mortale alla dose di 6 centigrammi
costantemente » » 7 »

(1) « Essai sur les doses toxiques et les contrepoisons de quelques composés arsenicaux. » Nancy 1876. — « Gaz. des Hôpit », 1876, p. 590.

E riguardo ai sali arsenicali,
l'arseniato di soda riesce letale in 12-20 ore a 5 milligrammi introdotto per le vene; in 24-30 ore a circa 15 centigrammi per bocca
l'arseniato di potassa riesce letale in 7 ore a 3 milligrammi introdotto per le vene; dopo 6-7 ore a circa 8 centigrammi per bocca.

L'ossido di ferro idrato, fatto di recente, è efficace contro l'acido arsenioso, quando venga amministrato non più tardi d'un'ora dopo l'avvelenamento, non già contro i composti alcalini dell'acido stesso: e però come antidoto di questi raccomanda la magnesia e la soluzione officinale del percloruro di ferro, giusta il Codice francese, e cioè, amministrata la soluzione diluita di percloruro di ferro, un quarto d'ora dopo sia data la magnesia nella proporzione di 4 grammi per 100 centim. cub. di soluzione ferrica (26 per 100). Crede l'Autore che questo rimedio possa esser adoprato anche contro l'acido arsenioso, e che in sostanza equivalga all'*Hydras ferrico-magnesicus* (Antidotum arsenici) della Farmacopea di Svezia del 1869. Mezz'ora dopo l'antidoto, sarà prudente amministrare un purgante per evacuare l'arsenito ferrico che si forma, e poichè quest'arsenito è solubile negli acidi, sono da evitarsi le bevande e le limonate acide.

Ma su quest'argomento, acciochè il medico proceda con tutta quella ponderatezza che esige la valutazione della dose del potentissimo medicamento e veleno, sì per le ragioni cliniche e terapeutiche, come per le altre tossicologiche e forensi, è opportuno riferire, siccome quella che contiene savj avvertimenti, la seguente pagina del Trattato del Tardieu.

« Importerebbe assaissimo di stabilire con la maggior possibile esattezza a qual dose le preparazioni arsenicali possono produrre sintomi venefici, ed anche la morte. Nulla può ricavarsi per questo riguardo, l'ho già detto, dagli esperimenti sugli animali: ed anche circa le osservazioni fatte nell'uomo v'hanno differenze di cui bisogna tener conto sì, ma la cui ragione non sempre facilmente si trova. Il dott. Lachèse, juniore, d'Angers in una bella Memoria, ottimamente condotta, ha tentato di risolvere la quistione; e stando alle sue conclusioni, dovrebbesi ammettere che nell'uomo 6 milligr. d'acido arsenioso possono produrre effetti non gravi, 1 a 3 centigr. sintomi tossici, 5-10 centigr. la morte (1). A. Taylor, che ha ben capito l'importanza e le difficoltà del problema, non crede sia in nostra mano il determinare la dose a cui il veleno può essere amministrato senza cagionare la morte. Egli dice di aver cercato indarno negli Autori tedeschi, francesi ed inglesi un caso nel quale la quantità minima di 2 grani e mezzo (125 milligrammi) di arsenico sia stato sufficiente a far perire un uomo adulto. Del resto

(1) « Recherches tendant à déterminer le mode d'action de l'acide arsénieux sur l'économie. » (« Ann. d'Hyg. et de Méd. légale », 1834, 1.ª serie, T. XVII, p. 334).

v'ha in ciò, per il celebre medico legista inglese, una quistione di massima: non vuole che il perito si dichiari in modo assoluto. Possiamo noi affermare, ei dice, essere impossibile che uno guarisca dopo aver preso 5 o 10 grammi d'arsenico? Nol credo. Solo possiamo dire che, giudicando dagli effetti di dosi minori, quelle debbono probabilmente produrre la morte; e che in niun modo siamo certi della quantità necessaria per formare la dose più tenue alla quale il veleno possa riescire letale (1). Adotto volentieri, continua il Tardieu, questi principj e unicamente cerco nei fatti gli elementi d'un calcolo approssimativo, nel quale conviene far entrare le circostanze diverse d'età, di complessione, di vitto, che possono modificare per un modo o per l'altro l'attività del veleno. Gli Autori, l'ammetto con Taylor, non hanno dato sopra questo oggetto di cui m'occupo che informazioni più o meno incerte od erronee, e respingo insieme con lui tanto come limite inferiore, la dose d'un grammo e mezzo data da Christison, quanto l'altra di 12 milligr. indicata da Monro. Ma l'attento spoglio di moltissime osservazioni non mi lascia dubbio che 10 a 15 centigr. possono in certi casi poco frequenti è vero, essere bastanti a dar morte (2).

Nè occorre dire che gli effetti del veleno varieranno secondo che pieno o vuoto sia lo stomaco, e specialmente secondo la quantità di sostanza venefica rejetta col vomito e tolta così all'assorbimento. Se non che per quanta pure sia la quantità di veleno per tal modo perduta, sgraziatamente ne resta sempre, nella massima parte de'casi, tanto che basta a torre in breve la vita. Inoltre per l'acido arsenioso è pure da tener conto dell'occulta, ma pure potentissima azione modificatrice dell'*abitudine*: ed è noto il fatto degli *arsenicofagi* della Stiria e della Carniolia, quand'anche lo si spogli delle esagerazioni, in cui talun viaggiatore piacque avvolgerlo.

Intanto giova notare che nella Farmacopea Germanica del 1872 la *dose massima* dell'acido arsenioso in uomo adulto *per volta* è di 5 milligr., e di 1 centigr. *al giorno*; dell'arsenito di potassa (Soluzione del Fowler, Liquor Kali arsenicosi) di 4 cent. *per volta*, di 2 grammi *nelle 24 ore*. In quella Farmacopea tale soluzione è preparata in modo da contenere 1 parte d'acido arsenioso in 90; secondo il Codice Francese del 1866 ne conterrebbe 1 su 100. Anche la Farmacopea Austriaca dà la proporzione di 1 centigrammo d'acido arsenioso per ogni grammo di soluzione.

(1) « On poisoning by arsenic, the quantity required to destroy life, published in Guys-Hospital Reports. » N. XII.

(2) Tardieu A. « Étude médico-légale et clinique de l'Empoisonnement. » Paris 1869, p. 321.

Un uomo di 43 anni, conciatore di mestiere, e di buona complessione non sentendosi bene, prese da un farmacista per purgarsi dieci centesimi d'una polvere, ch' ei credeva di rabarbaro, ed era invece di elleboro bianco. Messala, nella dose di 4 ad 8 grammi, in un bicchier d'acqua la trangugiava senz'altro; di lì a poco intensi dolori, vomiti copiosi e fiere convulsioni, con che dopo un'ora e mezzo moriva. Apertone il cadavere il dì appresso, i medici riferirono non esservi altra causa di morte, se non quella dell' avere preso per bocca certa quantità di polvere d'elleboro.

Il dott. A. Chevallier, professore alla Scuola superiore di Farmacia e membro dell'Accademia di Medicina di Parigi, non dà maggiori ragguagli del caso, ma invece pone innanzi i varj quesiti che gli vennero posti dal tribunale, poichè, com' era naturale, sul tristo fatto fu promossa l'inquisizione. Stabilita con l'autorità di parecchi scrittori, e specialmente dell'Orfila, che la polvere d'elleboro è un veleno, data anche alla dose di meno 4 grammi e mezzo, il farmacista che, non badando punto a quanto i regolamenti prescrivono in proposito, vendette tale polvere venefica, venne condannato ad un mese di carcere e a L. 200 d'ammenda, sentenza dal tribunale d'appello confermata (1).

Prendendo occasione dal caso che gli toccò d' esaminare, lo Chevalhier si mise a cercare quant'era stato pubblicato circa le proprietà tossiche degli ellebori, e dà per prima l'osservazione del Morgagni; la quale, s'egli l'avesse attinta alla fonte (*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Epist. LIX, art 15, 16) ben gli avrebbe mostrato che la storia tossicologica dell' elleboro non incomincia con il grande anatomico di Padova; chè questi con la consueta erudizione parecchi fatti più antichi ricorda, a cui altri ancora se ne potrebbero aggiungere, siccome quello del nostro Antonio Benivieni, che qui a mo' d'esempio ci piace riferire:

« *Di uno che dopo aver bevuto del veratro muore.* »

« A un tale Zenobio che era malato di quartana un certo medico « inesperto fece prendere temerariamente del veratro, che è infra i me« dicamenti pericolosissimi. E subito ne successero spessi e vementi « profluvi di ventre, e il respiro divenne grave e difficile, onde essendo « io stato dai figli chiamato presso di lui già moribondo, nè avendolo « potuto liberare da tanta infermità, nel solo spazio di sei ore una morte « violenta lo tolse di mezzo (2). » E successivamente narra di altro

(1) Chevallier A. « Cas grave d'empoisonnement par le poudre d'éllebore »; Recherches sur les cas observes jusqu'a present. (« Annales d'Hygiène publique », 1877, XLVI, 459).

(2) « De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. » Cap. 51.

pover uomo, a cui per torgli il male di stomaco che da due anni lo travagliava, certo medico pensò di prescrivere il veratro bianco. Come gli fu dato « cacciò fuori da prima assai copia di bile e di pituita, poi « bile nera, in ultimo sangue, e così vomitate queste materie in sul « principio ne successe grande prostrazione delle forze, poi freddo su- « dore per tutto il corpo e per il petto a cui tenne dietro istantanea « la morte (1). »

Inoltre nel riferire l'osservazione del Morgagni lo Chevallier tace un'importanza circostanza, e cioè, che la morte non seguì già quando più infierivano i dolori, sebbene quando quelli s'erano acchetati nè più davano molestia. *Cubans quiescere visus est; certe nullam vocem indicem doloris edidit, quam in proximis lectulis cubantes aegri* (il caso avvenne nell'Ospitale di Padova) *audiverint hora tantum octava sonus quidam, ex ejus ore emissus, a ministris auditus est: ad quem accurentes, hominem jam mortuum invenerunt.* Il quale procedimento concorda con quanto dal predetto Benivieni venne notato rispetto alla successione dell'ipostenia agli effetti primitivi dell'azione irritante del veleno. Neppure esattamente sono riferite le cose vedute nel cadavere, chè l'infiammazione era maggiore non già nell'intestino crasso, bensì nel tenue (2): così sarebbe stato bene l'aggiungere che ne'vasi maggiori v'era poco sangue, nel cuore *vix aliquid fuit concretionis polyposae*, ed anche che *nusquam tamen in cadavere hoc toto vehemens apparuit inflammatio*; avvertenza che pare messa a bella per ammonire che la morte non potevasi tenere conseguenza della sola infiammazione. E quella seguiva malgrado che la dose di mezza dramma, ossia circa due grammi, a cui il medicamento (estratto acquoso d'elleboro nero) venne preso, fosse la consueta, anzi inferiore alla dose che pur suol darsi senza danno quando il ventre sia maggiormente costipato; onde che qualche peculiare condizione dovea essere nell'infermo, che per altro rimase occulta. Perfino il tempo in cui venne fatta la sezione è sbagliato: e per vero *duodequadragesima hora*, non vuol dire già 42 ore, bensì 38.

Il secondo caso di avvelenamento riferito dallo Chevallier è quello di Don Juan Antonio Ferrary, del quale riferirono alla Società Medica d'Emulazione Ippolito Cloquet e Caventou nel dicembre del 1817 (3). Due campagnuoli bevettero di certa decozione fatta con radice di *Convallaria polygonatum*, foglie di edera terrestre e radice, a *quel che parve*, d'elleboro nero. Dopo tre quarti d'ora dolori di ventre, vomiti,

(1) Ivi Cap. 52. — Traduzione del professore Carlo Burci. (Firenze 1843, pag. 105-106).

(2) *Intestina autem hic illic inflammata, sic tamen ut minus levis in tenuibus quam in crassis esset inflammatio, si rectum excipias in quo spatia quaedam aeque manifeste, ac ventriculus, erant inflammata.*

(3) « Empoisonnement vegétal à la suite d'une décotion d'ellébore noir prise comme médicament. » (« Journ. univ. des Sc. méd. », 1818, X, 121).

e quindi delirio e convulsioni con intenso freddo; uno moriva scorse due ore e mezzo, l'altro, che del beverone avea preso dose doppia, cioè, due bicchieri, in meno d'un'ora. Ne'due cadaveri e maggiormente in quello che più avea bevuto del veleno, trovaronsi i polmoni ingorgati di sangue, la mucosa dello stomaco di colore bruno-fosco, e quasi in gangrena.

Ma prima ancora del medico spagnuolo, e subito dopo il Morgagni gli *Acta helvetica* registravano il funesto avvenimento di quattro fanciulli che rimasero avvelenati dall'elleboro nero, e di cui due morirono, gli altri a mala pena scampandone. Eccone il racconto, poichè non comune è quel vecchio giornale.

« Medicus quidam junior in tyrocinio praxeos suae, pueris quatuor « 10 et supra annorum, ex educatione mala, et victu prava, cachecticis, « medicinam facturus, in primis viis colluviem morbosam, et in massa « humorale, serum crudum, viscidum, abundare ratus, catharsim libe- « ralem e re fore judicans, eo scopo praescripsit infusum amarum, cum « adjectis aliquot radicum hellebori nigri drachmis, per vices sensim « adhibendum, donec satis alvina evacuatio responderet. Pueris a lecto « erat famula rudis et imperita. Medicus autem loco remotior, quam ut « illos quotidie invisere posset. Ab una alterave dosi medicamenti hel- « leborati, apud omnes et singulos oriebatur hypercatharsis, cum enormi « vomitu, et dejectione, anxietate, torminibus, animi defectione, siti ur- « gente, etc., tam cito ingravescentibus, ut laborantium duo prius ani- « mam agerent, quam medicus certior factus advolaret; reliqui duo « vix adhuc violentae purgationi superessent. Itaque alteris infausta « curatione ereptis, alteri ope lactis vaccini calentis, saccharati, sensim « liberaliter ingesti, et sedativi ex opio interpositi, aegre ab exitio li- « berati (1). »

Meritava pure d'essere riferito il caso del Vicat, citato unicamente come testimonianza generica della velenosità dell'elleboro, giacchè, in fuori anche del numero non piccolo delle persone che ne soffrirono (2), v'ebbe in quello l'importante particolarità che i sintomi di grave ipostenia (freddo generale, gelido sudore per tutto il corpo, prostrazione grandissima, poca sensibilità, polso appena percettibile), subito si manifestarono e prima ancora dei sintomi irritativi; e però soltanto dopo due ore il maggiore de'fanciulli, che non avea ancora 4 anni, cominciò a vomitare, ma con molta difficoltà; e così successivamente gli altri. Il Vicat, che allora venne chiamato, fece bere ai malati molt'acqua tiepida

(1) « Acta Helvetica physico-mathematico-anatomico-botanico-medica. » Basileae 1762. Vol. V, p. 326.

(2) Un sarto, con la moglie, i figliuoli e i lavoranti i quali mangiarono tutti d'una minestra in cui era stato messo della polvere di radice d'elleboro bianco, invece di pepe.

con olio, quindi infuso di malva con il miele: n'ebbero molto vantaggi e tutti risanarono (1).

Ricorda quindi il Chevallier gli esperimenti dell'Orfila sugli animali, dai quali risulta che la polvere della radice d'elleboro nero ha un'azione locale infiammatoria, incapace di produrre morte sollecita, siccome avviene quando sia data per bocca, o fatta assorbire più rapidamente ponendola sotto la pelle, o su d'una ferita: susseguono allora vomiti intensi, e turbamenti del sistema nervoso, presto letali, consimili a quelli indotti dai narcotici. Della lodevole dissertazione dello Schabel, fatta sotto la direzione del prof. Emmert di Tubinga, non pare abbia egli avuto sufficiente notizia, poichè si restringe a dire che in quella è fermato che l'azione tossica dell'elloboro nero e del bianco è la medesima, o quanto mai affine, e che essa è effetto d'un principio resinoso, sebbene il Murray l'abbia attribuito ad un principio volatile acre, ed Orfila a materia solubile nell'acqua. Nondimeno maggiori notizie se ne potevano trarre, poichè lo Schabel allargava gli esperimenti del Greding (2) su tutte le classi degli animali, e mentre confermava per molta parte le deduzioni sperimentali del tossicologo francese, ad alcune di esse contraddiceva, a quella ad esempio che l'elleboro nero infiammi l'intestino retto. Come conchiusione generale poi metteva che l'azione tossica dell'elleboro nero e del bianco ha affinità con quella del *cloruro di bario* e del *tartaro emetico*; per altro mai rapidi sono gli effetti di coteste piante, e mentre producono meno copiose evacuazioni, più sicuramente eccitano il vomito, anche apposte che siano in parti lontane dallo stomaco (3).

Dal 1817 lo Chevallier salta di balzo al 1851 per dire del caso osservato dal dott. Mavel (4) *le premier a notre connaissance*: di avvelenamento prodotto dal veratro bianco. Eppure ben altri casi sono stati in quel frattempo registrati nella letteratura medica! Eccone alcuni, che ci vien fatto di notare senz'aver perciò instituite speciali ricerche.

Alibert. — Donna che prese per abortire polvere d'elleboro nero. (« Nuovi elementi di Terapeutica », trad. ital. dalla 4.ª ediz. francese. Firenze 1822, I. 157).

Wagner. — Famiglia di 8 persone avvelenate dalla radice di veratro bianco messa nel pane invece di cumino. (*Rust, Magazin für Heilkunde,* 1823, XIV, 547).

Brückmann. — 3 uomini che invece della radice di galanga presero quella del veratro bianco nell'acquavite. (*Horn*, *Archiv für medicinische Erfahrungen* 1825, I, 477).

(1) Vicat. « Histoire des plantes vénéneuses de la Suisse. » Yverdun 1776, p. 166.

(2) Greding Joh. En. « Sammtl. med. Schriften. » Greiz, 1793, I.

(3) Schabel Andrea. « Diss. inaug. de effectibus veneni radicum veratri albi et hellebori nigri. » Tubingae 1817.

(4) Mavel. « Journ. de Chimie médicale », 1851, p. 586.

Fahrenhorst. — Giovane di 19 anni, che per isbaglio invece di rabarbaro prese una cucchiajata di polvere d'elleboro nero. (*Rust, Magazin* cit. 1826, XXIII, 190).

Köchling. — Giovinetta di 15 anni, a cui scoppiò delirio furioso per essergli stata cospersa la testa piena di pidocchi con polvere di radice d'elleboro bianco. (*Horn, Arch. für medicin. Erfahr.* 1835, II, 815).

Barkhausen. — Parecchi che bevettero acquavite, anche in poca quantità, in cui era stata messa in luogo d'altra droga la radice del veratro bianco: parevano ubbriachi, non reggevansi in piedi, aveano vertigini, vomito, diarrea. (*Frank, Magazin für physiol. und klin. Arzneimittellehse und Toxicologie.* Leipzig 1846, I 148).

Ma tornando al caso del dott. Mavel, eccolo compendiato. — Una famiglia di 6 persone (padre, madre, genero, due fanciulli di 5 a 6 anni, ad altro uomo che lavorava nella casa da sarto), mezzora dopo aver desinato, si sentirono male, con vomito e fiere coliche. La madre, robusta vecchia di 70 anni, che solo della minestra s'era cibata più degli altri, che pur aveano mangiato del lardo, del formaggio e delle patate era aggravata. Era essa di color rosso pavonazzo in faccia, con grande ansietà, lingua fredda, senza polsi e calore, occhi spenti, *cecité complète*, vomiti di materie verdognole, coliche. Dato un emetico, avvolta la malata tutta nuda in panni caldi, che rinnovavansi ogni 10 minuti, fatte delle frizioni sulle coscie, ed applicati poscia de'senapismi, s'eccitò salutare reazione, la quale condusse sollecita guarigione. Degli altri malati non è detto, ma pare assai probabile che tutti guarissero. L'avvelenamento accadde per ciò che nel vaso, adoperato a cuocere la minestra, era stata fatta una decozione di radici di veratro bianco per servire di rimedio contro la scabbia d'uno della famiglia, e n'era rimasta qualche parte.

Altri tre casi soggiunge lo Chevallier, di cui due d'avvelenamento criminoso, e seguiti da morte, ma senza importanza clinica e tossicologica: in uno anzi neppur è detto quale specie d'elleboro fosse stato strumento del delitto. L'altro caso è tolto dal *Medical Times and Gazette* del 3 gennajo 1863: lo narrava il dott. Edwards. — Un chimico, per farne esperimento, avea preso 4 grammi di tintura d'*elleboro verde*, corrispondente a 60 cent. di polvere: n'ebbe vomiti, pelle fredda, con sudore viscido e abbondante. Con l'acquavita (48 gr.), fermossi il vomito; coi senapismi e con le sostanze calde si ridestò la circolazione: il malato dormì un quarto d'ora, e svegliandosi si sentì meglio.

Dai giornali medici inglesi potevano essere estratti altri casi: quello di Massey, ad esempio, prodotto dall'elleboro nero (*Lancet*, 1856, II, 100), e l'altro di Giles (Ivi, 1857, II, 9) dall'elleboro bianco. Altri ancora se ne trovano notati nei trattati classici di Pereira, di Taylor, e nella più recente letteratura medica, siccome l'osservazione del dottor Fingerhut nella quale, oltre il vomito, la diarrea, i dolori colici vi ebbero gravi sintomi da parte del sistema nervoso, quali, cefalalgia, ver-

tigini, sussulti, rumori d'orecchi, midriasi persistente, delirio, con grande abbassamento della temperatura e lentezza delle azioni cardiaco-vascolari. Ciò avvenne per aver bevuto la metà d'una decozione fatta con un'oncia e mezzo di radice d'elleboro nero in 5 fogliette di vino (1). E così l'altra osservazione del dott. Fellétar, susseguita da morte, in cui per altro pare avesse parte non solamente l'elleboro verde, ma anche le lesioni cardiache dell'inferma, o per lo meno l'azione di quella in causa di queste fu maggiormente sentita e perniciosa (2).

Similmente l'Autore non mostra di conoscere punto gli studii importantissimi dello Schroff, il quale fin dal 1859 ammetteva che negli ellebori sianvi due sostanze attive, una acre e l'altra narcotica, ciò che risponderebbe pienamente al fatto clinico, quale pure si presenta nelle osservazioni sopra ricordate. (Helleborus und Veratrum. — *Prager Viertelj.* 1859, I, 49, III, 95, IV, 106. — *Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien*, 1860, p. 385); nè i successivi di Husemann e Marmé, che riguardano tanto la chimica quanto la tossicologia (3). E neppure mostra di conoscere le differenze fra gli ellebori ed i veratri sotto il rispetto botanico, che sono grandissime, siccome invece le molte affinità riguardo all'azione fisiologica, agli effetti terapeutici e tossici delle piante stesse.

Fosforo.

Una signorina isterica, maritata da 8 giorni, prese, si suppone per isbaglio, una cucchiaiata d'un elettuario che conteneva 80 centigrammi di fosforo. Sorsero fieri dolori, con conati di vomito, grande agitazione. Poichè venne pòrta l'ipecacuana con tartaro emetico, assai vomitò l'inferma ed i reciticci putivano grandemente di fosforo: dopo ciò i dolori per un po' calmaronsi; e quando ripresero fu dato emetico, ordinando poscia 5 grammi d'olio di trementina, e pezzetti di ghiaccio ed acqua con magnesia.

La notte senza sonno; sul far del giorno la temperatura era di 37°,2, il polso piccolo con 86 battute. Il giorno appresso grande prostrazione. La lingua sporca di color giallo, le gengive rosse, non più sanguinanti, e la mucosa delle fauci con ecchimosi. L'aria espirata sapeva ancora di fosforo; l'epigastrio premuto dolentissimo, naturale per altro il volume del fegato, molle e qualche poco retratto il ventre; il quale era chiuso e così pure chiuse le vie dell'orina: temperatura e polso come prima. Prescritto l'infuso di sena, e continuata l'amministrazione del ghiaccio e dell'acqua con magnesia.

(1) « Preuss. Ver. Zeitung. » Neue Folge, 1862, V. 22.

(2) Dragendorff. « Jahresbericht über die Fortschritte der Pharmacognsie, Pharmacie und Toxicologie. » Jahrg. 1875. Goettingen 1876, p. 496.

(3) Husemann. « Handbuch der Toxicologie, » Supplementband. Berlin 1867, pag. 74.

Il giorno appresso, 3° di malattia, v' ebbe esacerbazione; delirio e allucinazioni; maggiore prostrazione, talvolta grida, o discorsi fatui, tal'altra stato d'apatia. La malata era senza febbre, e poco prese dell'acqua con ozono statale prescritta. La sera la frequenza del polso crebbe da 86 a 106 battute. Nell'orina v'era abbondante pigmento biliare, albumina in discreta quantità e molta urea. Il 4° giorno calmossi il delirio; la signora lamentavasi di acerbi dolori dalla parte del fegato e d' intensa sete. L'alito meno fetido, il polso più pieno con 100 battute; giusta la temperatura. Al 5° giorno itterizia generale, e repentino ingrossamento del fegato pure dolentissimo; lingua coperta di grosso strato giallo, e molta urea nell'orina bruna con ischiuma gialla. Temperatura 37°,3; polso 100; respiro 40. Prescritti fomenti tiepidi sull' ipocondrio destro; tintura acquosa di rabarbaro con tintura di chelidonio per bocca e continuata l'acqua con ozono. Il 6° giorno, dopo quieto sonno, forte prurito alla pelle; dileguata la grande sete e la prostrazione. Vista discretamente gialla, minore l' itterizia sebbene aumentato ancora di 2 centimetri il volume del fegato, e tuttora dolente. Dato il bicarbonato di soda, acqua di Seltz, infuso di sena composto, brodo con uovo. Dal 7° dì sgonfiossi il fegato, apparvero evacuazioni bianche pultacee, e nell'orina tuttora di color fosco diminuiva l'urea e scompariva l' albumina. Proseguiva l' itterizia, e restava l' insonnio, la malata delirava e lagnavasi di dolori alle gengive. Continuaronsi i rimedj, e solo s'aggiunsero gargarismi con allume e clorato di potassa. D'allora in poi la malattia fece il corso di semplice itterizia catarrale e dopo 4 settimane la giovane era guarita.

Questo caso narrato dal dott. Berthold di Dresda (*Arch. der Heilk.*, 1876, XVII., p. 258. — *Schmidt's Jahrb.*, 1877, CLXXV., 240) è importante per l'esito felice, malgrado la dose alta a cui venne preso il fosforo. Va per altro notato che il veleno venne ingoiato a stomaco pieno, e che sollecito fu il vomito. A nessuno dei varj medicamenti adoperati può ascriversi in modo particolare il buon successo; l'olio di trementina tanto vantato non fece certo questa volta la miglior prova. È pure da notarsi come in tutto il corso dell' avvelenamento non vi fosse febbre, mentre che l'urina abbondava d'urea.

Jodio.

Nell'Ospitale de'fanciulli il dott. Giulio Simon cominciò nel marzo del 1876 a curare le bambine tignose con le spalmature di una miscela a parti eguali di tintura di jodio e di glicerina. Una ragazzetta di 10 anni e mezzo, quasi un mese dopo tale cura diè segni manifesti di *jodismo*: faccia gonfia, occhi injettati di sangue, guancie rosse, coperte di papule; la gola sensibile, lievemente rossa; la mucosa nasale turgida, forte epistassi, malessere grandissimo, sete, inappetenza: polso lievemente frequente e pelle appena appena calda. Cimentate le orine, con

amido e acido nitrico nitroso, ovvero con lo stesso acido e con cloroformio, vi si trovò buona copia di jodio, ed anche albumina. Dopo 8 giorni rinnovate le spalmature, nuovi sintomi di jodismo con scolagione muco-purulenta dalla vulva, dolori nell' evacuare l' orina; nella quale tornò a mostrarsi lo jodio, non già l'albumina. Similmente tutte le fanciulle, che a quel modo erano curate, diedero a vedere jodio nelle orine, sebbene sintomi di jodismo generale non apparissero: in 3 altre trovossi anche albumina, che mancò invece in 7 (1).

Che lo jodio possa essere assorbito e produrre esso pure effetti generali, il capillizio, su cui viene spalmato, avendo ulceri, piaghette ed abrasioni, niuna meraviglia: piuttosto merita attenzione l'altro fatto che del pari jodio ed albumina si fecero vedere nelle orine di quattro fanciulle, nelle quali le spalmature jodate vennero fatte non più sulla testa tignosa, ma largamente sul petto: e per la pelle intatta e non per le vie del respiro quello veniva assorbito, poichè esaminate le orine di altri fanciulli della medesima infermeria, ma non curati con lo jodio, nulla fecero vedere. Nondimeno acciocchè il metalloide passi nelle orine, conviene che la spalmatura ne sia fatta su larga superficie: limitandola a piccolo spazio, come sarebbe quello d' una moneta da 5 franchi, lo jodio non passava punto o pochissimo; e così pure nell' orina non eravi albume. Se in queste osservazioni non v' abbia errore, le deduzioni che se ne possono trarre sono importanti così per la farmacologia generale, come per la tossicologia. Gli Autori dell'articolo ne ricavano le seguenti: 1.° Lo jodio applicato sulla pelle passa facilmente nel sangue e ciò per lo meno ne' fanciulli, in essi e non negli adulti quelle analisi essendo state fatte. 2.° Così assorbito, per due volte produsse in una fanciulla gli effetti dello *jodismo*. 3.° Nella metà per lo meno de'casi produce albuminuria, talvolta manifestissima.

Mercurio.

Il dott. Sillard riferisce un caso di *extreme mercurial salivation* seguito da morte, sebbene tenue fosse la quantità del mercurio amministrato, e cioè 32 centigrammi in 3 giorni unitamente al rabarbaro, in massa pillolare. Sorse violenta infiammazione ed ulcerazione del palato di tutta la bocca, e successivamente *distruzione* della lingua, astenia e morte (2). Tali effetti straordinarj furono forse conseguenza dell' impedita eliminazione del mercurio a cagione di affezione renale, del *morbus Bright?* Molte volte questa lesione organica, anzi che la misteriosa *idiosincrasia*, può dare ragione del fatto; nondimeno in altri casi, quella

(1) Simon Jules et Régnard Paul. « Note sur l'absorption de l'iode par la surface cutanée des enfants, iodisme; présence d'iode dans les urines, et souvent albuminurie. » (« L'Union médicale », 1876, XXII, 26).

(2) « Brit. med. journal », 1876, june 17, p. 750.

in niun modo potrebb'esser invocata: non s' è veduto, e non di rado, poche frizioni sul capo con unguento mercuriale, non più di 2 grammi, produrre anche in soggetti sanissimi idrargirosi assai grave?

Al quale proposito ci piace di ricordare il seguente fatto narrato alcuni anni fa dal dott. Leiblinger nella *Wien. med. Wochenschrift* (anno 1869, XIX, 96).

Nel gennaio 1869 furono trovate morte nel proprio letto in Tarnapoli tre persone, le quali il giorno innanzi con pomata mercuriale, per guarire della scabbia, s'erano unto tutto il corpo. In tutti tre i cadaveri non appariva all'esterno veruna lesione in fuori di qualche macchia cadaverica, e di quelle consuete nella pelle prodotte dall'acaro. Internamente videsi la teca del cranio pregna di sangue, pieni i seni venosi di sangue fosco, e parimente iperemici il cervello, la tiroide, la mucosa dell'esofago, delle vie aeree; i polmoni aderenti alla pleura e pieni di sangue scuro e spumeggiante, disteso lo stomaco, iperemia dei reni, del fegato e della milza. Da tutti questi organi fu tratta per mezzo dell'analisi chimica grande quantità di mercurio (1). L' idrargirismo acuto avea pertanto in quei tre disgraziati prodotto iperemia in tutti gli organi, e discioglimento del sangue

Mercurio (Bicloruro di)

Il dott. Oettinger di Cracovia ha dato nell'ultimo *Jahresbericht für die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin.* La succinta storia di avvelenamento acuto prodotto dal sublimato corrosivo osservato dal dott. Malcz, e che per diversi riguardi merita ricordo.

Ad un fanciullo anemico, e con sifilide, fu dato internamente per isbaglio 70 centigrammi di sublimato; ne seguirono tosto violentissimi sintomi di gastro-enterite acuta con freddo (36°,3), ematemesi, perdita de' sensi, coma. Ogni *possibile antidoto* fu amministrato nelle prime 24 ore, non ommessa l'ipecacuana, ed insieme vennero ordinati gli analettici, gli antiflogistici, l'elettricità, la respirazione artificiale, i bagni caldi. Nel secondo giorno il medesimo stato, ritenzione dell'orina, trisma, evacuazioni sanguinolenti. Furono allora prescritti olio di ricino, clisteri freddi ogni volta che succedeva evacuazione, bagni. Nel terzo giorno dejezioni mucose, stomatite, glossite; temperatura a 37°, il polso con 126 battute. I medesimi rimedj, più scarificazioni della lingua, risciacquamento della bocca con decotto di china e clorato di potassa. Nel dì successivo granchi nella gamba sinistra e quindi paresi; bronchite. Dinuovo l'olio di ricino, e coppette scarificate sul petto. Nella 2ª settimana incominciarono i sintomi di *mercurialismo cronico*. La pelle bruna e secca; poscia erite-

1) Nell'originale sta scritto *mercurio metallico* (regulinisches Quecksilber) ciò che rispetto ai polmoni, al fegato, alla milza, ai reni, ecc. appena sembra credibile. Così nota il dott. Köhler negli *Schmidt's Jahrbücher*, 1871, N. VII, 24.

ma, eczema, pustole; colìo di saliva da 1 ad 8 libbre al giorno. Ulceri in bocca, disfagia, cardialgia, itterizia catarrale, cistite, edema, febbre, fino a 40°,8 C., sudori, frequenti sincopi. Caddero tutti i denti, staccandosi per necrosi lamine ossee della mandibola. Questi sintomi durarono tre mesi. L'orina conteneva albumina e mercurio. Soltanto dopo due anni il fanciullo era intieramente guarito (1).

E poichè siamo a dire del mercurio e de' mercuriali, sembraci non debba essere dimenticato il caso, che segue di avvelenamento con cianuro di mercurio.

Mercurio (Cianuro di).

Trovasi ora in commercio una sostanza per inargentare e detta appunto *Argentina*, la quale altro non è che è una soluzione di cianuro di mercurio in cianuro di potassio.

Una donna di 35 anni, una mattina di febbraio per tre quarti d'ora occupossi ad inargentare con tale materia diversi oggetti metallici, costretta essendo per essere di vista corta a starvi sopra china, e quindi di tener vicino alla faccia il cencio imbevuto di quel liquido. Una o due ore dopo violento dolor di testa, prurito nel collo, pizzicore nel naso insieme con profusa secrezione di muco; aumentando il malessere e la propensione al vomito fu la donna costretta ad andar in letto. Nella notte sudò moltissimo, e non potè dormire e vomitò con grandi sforzi da 12 a 15 volte. Il giorno appresso a cagione del languore, del dolor di capo e del male al collo non potè alzarsi: alla sera sopravvenne un vero accesso di soffocazione, ed allora soltanto andossi pel medico. Questi al suo giungere trovava la paziente seduta sul letto, con faccia assai rossa, con difficile e breve respiro e tormentata da tosse secca sì continua e spasmodica che le toglieva di pur dire una parola. Ciò che maggiormente le recava pena era il sentirsi come soffocata con grande ardore nel collo, dolore nelle tempia e vertigine: regolari le pupille, non turbata la vista, rossa la lingua ma senza panno. In bocca avea certo sapore acre, ed insieme nausea e conati di vomito: ogni volta che volgeva il collo da un lato acuto dolore nella fossa sopraclavicolare e sotto il manubrio dello sterno: polso di 90 battute. Del resto regolari le funzioni de' visceri e del ventre. Essendo già passato da 36 ore il dott. Martius non poteva fare che una cura sintomatica. Il mattino successivo avendo passata la notte inquieta, l'ammalata continuava a dolersi del violento mal di capo, era abbattuta e per di più molestata da dolorosi granchi ne' piedi.

Un emetico alleviò tutti questi sintomi; quindi scemando la rigidezza del collo, la tosse spasmodica, la cefalalgia, ed apparendo altresì, giusto n'era il tempo, la mestruazione, il miglioramento presto divenne guarigione. Anche il marito, uomo sano e robusto, sebbene per pochi minuti

(1) Berlin, 1877, I B. III Abth. S. 406.

avesse adoperato di quell' *argentina*, soffriva catarro nasale, rigidezza nel collo, tosse, dolor di capo e grande fiacchezza.

In questo caso l'acido carbonico contenuto nell'aria espirata più che mai valeva a fare svolgere l'acido cianidrico dalla soluzione di cianuro di cui era imbevuta la pezzuola, essendo che questa e gli oggetti da innargentare erano tenuti vicino, siccome fu avvertito, alla bocca ed alle narici. Singolare è poi che tanto tardasse l'azione dell'acido stesso giunto nel sangue per la via de' polmoni; e che neppure si trovassero sulle dita le lesioni che tali sostanze sogliono produrre.

L' autore (Giorgio Martius) poi domanda come va che materia sì pericolosa per la salute abbia libero spaccio, essendone altresì fabbricatore un *farmacista* (1).

Santonina.

Ad un fanciullo di 4 anni, vennero prescritte alle 8 del mattino dodici pastiglie di cioccolata con santonina come vermifugo. Dopo due ore e mezzo il dott. Duclaux di Nancy che narra il caso trovava il fanciullo sonnolento, con occhi injettati di sangue ed insensibili alla luce; contratte amendue le pupille, le labbra rosse e gonfie, senza forza le membra. Piccolo il polso, tardo (45 battute); stentato il respiro, a sussulti e stertoroso; la pelle fredda e bagnata da viscido sudore. Gocciolava di continuo l'orina, onde che la biancheria del letto n'era bagnata e tinta di color giallo aranciato. Prescritto l'emetico, venne rigettata mezza pastiglia di santonina; si fecero frizioni analeptiche, ma ad un' ora dopo mezzogiorno niuna mutazione era avvenuta in fuori d'un lieve aumento nel polso (50) ed il vomito di tre altri pezzi di cioccolata. L'orina era sempre giallissima e con l'ammoniaca diventava rossa come sangue. Fu allora ordinato un cucchiajo di caffè con rhum ad ogni quarto d'ora, e continuando le frizioni, senapismi alle estremità. Alle 8 un po' di calore e maggior frequenza del polso (60), le pupille dilatate, ma non tornati ancora i sensi; il bambino non rispondeva ed a mala pena faceva qualche movimento. Durante la notte gli fecero bere 2 a 3 tazze di thè, e gli fu messo un clistere solutivo. La mattina avea migliorato e presto fu pienamente guarito.

Avea egli preso da 27 a 28 centigr. di santonina; il dott. Duclaux consiglia di non dare di cotesto medicamento più di 7 centigrammi al giorno (*Revue médic. de l'Est*, 1877, p. 260. — *Schmidt's Jahrb.*, 1877, CLXXV, 240).

Con questo caso ci piace di metter a confronto l' altro narrato dal dott. Sieveking, siccome esempio d'orticaria prodotta dalla *santonina*.

Ad un fanciullo di quattr' anni prescrisse il dott. Sieveking 3 grani

(1) « Bayer. ärztl. Intell. Blatt. », 1872, XIX, 11. — « Schmidt's Jahrb. » 1872, CLIV, 147.

di santonina con 5 di zucchero: tosto dopo quello fu colto da vomito, e quindi da violenta eruzione di orticaria per molta parte del corpo. Poichè v'era stato qualche disordine nella dieta, ad esso attribuì il medico i sintomi predetti e non al rimedio, del quale anzi ordinò di ripetere la dose. Ma come fu preso, l'eruzione riapparve sul naso spargendosi poscia per tutto il corpo, che ne rimase oltremodo gonfio. Mercè di un bagno caldo ogni cosa presto scomparve, ed il fanciullo, sebbene effetti vermifugi non si fossero veduti, stava meglio. Il dott. Sieveking dubitò che impura fosse la santonina, ma l'analisi rimosse il sospetto; e però cotali effetti vanno posti insieme con gli altri che in certi soggetti si osservano in conseguenza dell'aver fatto uso del copaibe, o dell'aver mangiato certi molluschi, ecc. (*British medical Journal*, february 18 th., 1871. — *British and Foreign medico-chirurgical Review*, 1871 N. XCVI, p. 517).

L'orticaria prodotta dall'acido santonico è un fatto certamente insolito; ma nel caso in discorso sorge il dubbio se piuttosto allo stato di indigestione, che al principio attivo del *semen contra* debba attribuirsi il singolare effetto. Nè perchè con la prima dose il fanciullo vomitò, potevasi esser sicuri che stomaco ed intestini avessero qualsiasi impura superfluità evacuata: innanzi di ripetere il medicamento, perchè non dare un purgante?

Tartaro emetico.

In Inghilterra, dove del resto simili casi non sono nuovi, fece un po' alquanto rumore la morte di un stimatissimo avvocato co' sintomi di un avvelenamento da sostanza irritante: e cioè vomito intenso, poscia evacuazioni sanguinolente, le quali s'andavano ripetendo; perdita dapprima di senso, che ricuperati si mantennero liberi sino alla morte, avvenuta dopo 56 ore. Frattanto niuna alterazione nella bocca. Redwood trovò nelle materie vomitate, nelle altre contenute nell'intestino ed anche nell'orina tanta quantità d'antimonio, da far credere che per lo meno 10 grani (ossia 65 centigr.) fossero stati presi. Merita nota il fatto che nella sezione del cadavere non trovossi veruna alterazione nello stomaco e nell'intestino tenue, mentre il cieco era infiammatissimo. (*The Balham mistery. Lancet*, 1876, may 20, p. 755).

Nello stesso Giornale la settimana dopo il dott. Sagar riferiva il caso di avvelenamento, pure per tartaro emetico amministrato alla dose di 2-3 scrupoli (grammi 2,59 — grammi 3,88: nondimeno l'infermo guariva dopo 12 ore di vomito e di secesso (p. 799). Al quale proposito giova far notare come se v'hanno casi in cui la morte è avvenuta anche in adulti con soli 10 centig. di questo sale antimoniale, altri ve n'hanno in cui potè essere superato il pericolo malgrado che 6 grammi e perfino 15 ne fossero stati presi; ma in questi casi straordinarj il veleno fu preso tutto in una volta e in cambio d'altra sostanza, e il prontissimo vomito

riparò all'eccessiva dose. Invece il tristamente celebre Pritchard più sicuramente conduceva a morte le sue vittime avvelenandole poco per volta. In ogni modo è da tenere il maggiore riserbo nello stabilire la *dose letale* del tartaro stibiato.

VARIETÀ

Inchiesta medica sull'idrofobia. — *L'associazione medica britannica* in un'adunanza tenuta a Londra nello scorso novembre nominò una Commissione al fine di studiare ed accuratamente investigare le cause, la patologia ed i metodi di cura sull'idrofobia.

Cento lire sterline, vale a dire 2500 lire, furono stabilite per sostenere la spesa di questa grande inchiesta, la quale, secondo che afferma il *British medical Journal*, verrà condotta da tre sottocommissioni composte di uomini ragguardevolissimi. La prima ricercherà i luoghi ove avvennero in questi ultimi anni le morti per idrofobia, e l'ordine con cui succedettero: tale lavoro servirà di base ad una storia delle diverse epidemie locali, e per le opportune notizie verranno consultati i medici, gli ufficiali sanitari ed i veterinari de' luoghi medesimi. La seconda sottocommissione si occuperà principalmente della patologia della rabbia, e la studierà coi mezzi più sottili ed esatti, mediante il microscopio e l'analisi chimica; relazioni e documenti verranno chiesti a tutti coloro che saranno incaricati di fare notomia de' morti per idrofobia. Verranno pure date istruzioni speciali sui metodi migliori di conservare, per l'esame microscopico, le diverse parti del sistema nervoso e gli organi salivari, il cui studio può, come sembra probabile, dare i maggiori frutti. La ricerca de' metodi di cura, che parvero produrre qualche buon effetto, e l'esame de' rimedi riputati migliori formeranno oggetto di studio per la terza sottocommissione. Il *Moniteur Universel* del 13 novembre nel dare cotesta notizia soggiungeva come pure l'Accademia di Medicina e l'Accademia delle Scienze si erano occupate del tristissimo argomento. Può la rabbia manifestarsi in ogni stagione, ma più specialmente ne succedono i casi nei mesi di settembre, ottobre e novembre. Proust s'è accertato con documenti ufficiali che dal 1850 al 1876 le morti in conseguenza della terribile malattia furono in termine medio di 28 all'anno.

Risulterebbe altresì che una volta su due il morbo sarebbe innocuo; ma sì fatta proporzione non può considerarsi come certa, poichè bisogna ammettere non siasi tenuto conto di moltissimi morsi giudicati non pericolosi, o dubbi. Ed il pericolo è maggiore se scoperta sia la parte addentata, poichè il virus per nulla allora si spande nelle vesti e tutto viene assorbito dalla ferita.

In quasi due terzi de' casi (139 su 221) l'incubazione non durò più di 60 giorni; quand'anche siano molte le probabilità che, scorsi due mesi, non più si manifesti l'idrofobia, nondimeno può essa scoppiare anche dopo tre mesi e mezzo. L'età giovanile non abbrevia già, come fu detto, la durata dell'incubazione medesima. Di tutti i mezzi di cura adoperati, la cauterizzazione profonda ed immediata è sempre il più sicuro e migliore; de' morsicati così cauterizzati, se ne salvarono 80 su 100, mentre che 78 per 100 dei morsi non cauterizzati furono mortali. Il signor Mennesson poi per mezzo del prof. Bouley riferiva all' Istituto un caso d'idrofobia sorta in un giovine veterinario tre mesi dopo aver sezionato, avendo escoriazioni nelle mani, un cane morto d' idrofobia, ed annunziava d'esservi servito d' un *nuovo rimedio* per *calmare* il *dolore*. Fallite le iniezioni sottocutanee di morfina e le inspirazioni di cloroformio per frenare gli accessi convulsivi, la sola corrente elettrica, comunicata applicando un polo d'un apparecchio d'induzione alla nuca e l'altro alla pianta del piede, arrecò tale sollievo da concedere all' infermo di parlare e bere. Interrotta la corrente, perchè produceva violento dolore le convulsioni riapparvero; mitigaronsi nuovamente col riapplicare l'elettricità, ma fu momentanea e dopo due giorni di angosciosa lotta l'infelica soccombeva. (*Gazz. Uff. del Regno* 1877, 15 novembre, N. 267, pagina 4644).

Ora tutto questo che si dà per novità è da noi roba non solamente nota, ma da molto tempo in uso ; dalla Commissione per lo studio dell'idrofobia all'applicazione della corrente elettrica come rimedio del tremendo morbo noi qui in Italia, e precisamente in Milano, abbiamo avuto e sperimentato.

Fin dal 1856 quella Commissione permanente fu instituita presso lo Spedale Maggiore di Milano ; ad esso dobbiamo già parecchie relazioni, pazienti indagini anatomiche, osservazioni microscopiche, analisi chimiche, cimenti sugli animali, numerosi ma pur troppo senza frutto, tentativi di cura, tra' quali, per quattro volte, l'elettricità. In niun luogo poi, quando fra noi, fu tanto raccomandata e messa in pratica la cura locale con il fuoco, siccome la sola che dia speranza di preservare dalle formidabili sequele della morsicatura; epperò a buon diritto *italiano* fu detto cotale metodo.

Ma per tutto ciò può vedersi il Capo XI dell'*Igiene pubblica in Italia e degli studi degli Italiani in questi ultimi tempi*, informazione scritta per commissione del Ministero della pubclica Istruzione del professore A. Corradi e pubblicata in questi stessi *Annali* nel 1868.

Centenario d'Alberto Haller. — Il dì 12 del p. p. decembre con grande solennità commemoravasi la morte del sommo fisiologo, dell' arguto critico, dell' erudito bibliografo e che seppe pur essere non solo esperto botanico , ma nobile e delicato poeta. In quell' occasione vennero pubblicate varie Memorie ed insieme stette aperta per tre giorni

nella grande sala della Biblioteca Civica una mostra di oggetti appartenenti al grand'uomo, della quale venne stampato il Catalogo (1), dove con piacere vediamo figurare le Biblioteche di Brera e dell' Università di Pavia, che, ebbero parte della libreria Halleriana comperata dal Governo di Maria Teresa per 2000 luigi d'oro nel 1778, comprendeva ricca di 12,367 opere stampate e 145 manoscritti, e che allora premurosamente concorrevano ad ornare tale mostra inviando il catalogo de'manoscritti posseduti o di opere stampate pregevoli per note e addizioni da mano dell'Autore. Nella 1.ª sezione della mostra stessa stavano i busti, i ritratti di Haller; nella 2.ª le opere stampate con note manoscritte da lui possedute dalla Biblioteca Civica di Berna; nella 3.ª manoscritti e carteggio di Haller o ad esso attinente; nella 4.ª il catalogo cronologico di tutte le sue opere, e nell'ultima oggetti diversi (sigilli, tabacchiera ed anche un riccio di capelli!).

Tra le Memorie pubblicate notiamo il discorso recitato dallo stesso Haller nell' Università di Gottinga, essendone Rettore, il 2 gennajo 1747 (2); la Commemorazione dei medici svizzeri, ornata d'un ritratto d'Haller giovane di 28 anni, e nella quale v'ha due pregevoli dissertazioni, una del dott. G. Burckhardt *über Sehneureflexe*, e l'altra del prof. H. Quincke sulla *Siderosis*, o deposizione del ferro ne'diversi organi del corpo (3). Nell'altra maggiore pubblicazione fatta per cura di speciale Commissione è data dal dott. Emilio Blösch la vita di Haller, il quale successivamente viene riguardato come poeta, come medico, come naturalista dal prof. Lodovico Hirzel, dal dott. Ad. Valentin, dal prof. L. Fischer e dal prof. Isidoro Bachmann (4): nessuno ha parlato di lui come storico, e bibliografo; e veramente è male, perchè meravigliosa era l'erudizione dell'Haller, fine la critica, onde che le più volte sono sicure, come accurate le sue indicazioni specialmente nelle opere a cui potè attendere direttamente o dare l'ultima mano. Le *Bibliothecae* ch'egli ha dato della Botanica, dell'Anatomia, della Chirurgia, della Medicina pratica. malgrado le lacune, le inesattezze e gli errori, sono preziosi tesori, e indispensabili guide per chi voglia conoscere la storia letteraria di quelle scienze. Se l'Haller è scienziato degno della massima venerazione, come uomo merita tutta la nostra stima e simpatia: ei desiderava di andare alla posterità *comme l'ami des hommes aussi bien que comme l'ami de la vérité*. E così vi andò e vi rimarrà.

(1) « Katalog zur Haller-Austellung am 11 und 13 December 1817 im grossen Saale der Staadbibiothek in Bern. » Bern 1877. 4.° p. 46.

(2) « Eine Rektoruts rede Albrechts von Haller oufgelegt undübersetzt von C. L. von Haller. » Bern 1877, 4.° p. 16.

(3) « Fetschrift dem Audenken an Albrecht von Haller dargebracht von den Aerzten der Schweizam 12 Dezember 1877. » Bern 1877, 4.° p. 58.

(4) « Albrecht von Haller geb. den 8 October 1708 — gest. den 12 December 1777. » — « Deukscrift herausgegeben von der damit beauftragten Commission auf den 12 December 1877. » Bern 1877, 4.° Con un ritratto in fotografia, e in fine il catalogo delle opere dello stesso Haller distribuite secondo la materia.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

(Da pag. 3 a pag. 18).

Beneke — *Patogenesi del reumatismo articolare.*
Traube — *Manifestazione di una più forte azione della digitale, ecc.*
Fraentzel — *Delirio nel reumatismo articolare acuto.*
Id. — *Polso alternante, ecc.*
Id. — *Terapia del reumatismo articolare.*
Striker — *Sui risultati della cura del reumatismo poliarticolare col-l'acido salicilico.*
Riess — *Sull'uso interno dell'acido salicilico specialmente nella cura del reumatismo articolare.*
Senator — *Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico.*
Abramowski — *Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta.*
Drosdorff — *Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico.*
Heubner — *Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto.*
Cron — *Caso mortale di scorbuto.*
Marchand — *Incubazione del vaiuolo e della scarlattina.*
Förster — *Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina.*
Schwimmer — *Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti.*
Wallenberg — *Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina*
Clever — *Un caso raro di scarlattina.*
Huettenbrenner — *Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina.*
Koerner — *Sulla recidiva della scarlattina.*
Burkhardt-Merian — *Esantema scarlattinoide recidivante.*
Schwarz — *Osservazioni e riflessioni sull' epidemia morbillosa del-l'anno 1875-76.*
Schmidt-Rimpler — *Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo.*
Königstein — *Malattie oculari durante e dopo il morbillo.*
Ivanowsky — *Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi.*
Keller — *Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872, ecc.*

Morf — *Osservazioni raccolte durante una epidemia vaiuolosa a Crefeld s. R. negli anni 1871-72.*
Hiller — *Ricerche sul contagio del vaccino.*
Voigt — *Il vaccino animale dello stabilimento amburghese di vaccinazione.*
Bez — *Della contemporaneità delle febbri esantematiche, ecc.*
Ricci — *Una nuova forma della infezione carbonchiosa.*
Capozzi — *Le malattie di cuore in mezzo al reumatismo articolare si oppongono assolutamente ed in ogni caso ai bagni termo-minerali?*
Bouchard — *Sull'eziologia della febbre tifoide.*

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA.

(Da pag. 19 a pag. 75).

Rizzoli — *Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico.*
Auger — *Il termo-cauterio nella cistotomia.*
Krishaber — *Il termo-cauterio nella tracheotomia.*
Bergeron — *Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia.*
Foulis — *Esportazione della laringe.*
Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago.*
Filiette e Cazin — *Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione.*
Kraussold — *Sopra un cefalocele acquisito in causa di caduta.*
Valerani — *Estirpazione completa della parotide.*
Neumann — *Un contributo alla conoscenza della ranula.*
Neumann e Baumgarten — *Due casi di fistola colli-congenita cistica.* (*Cisti dei condotti delle branchie di Roser*).
Blondeau — *Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia.*
Zanfal — *Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe di Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali, per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse.*
Patterson — *Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all'introduzione dei liquidi nelle vie nasali.*
Schalle — *Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso e della gola.*
Fraenkel — *Sull'uso della doccia nasale.*

Langenbuck — *In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale per le operazioni sulle labbra e sulla guancia.*

Vissaguet — *Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione.*

Otto Kustner — *Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli.*

Notta — *Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione.*

Pereira Guimaraez — *Aneurisma della carotide primitiva; applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore; guarigione.*

Gibb — *Fasciatura elastica per la compressione dell'aorta.*

Smith — *Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch.*

Israel — *Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale.*

Sainclair Coghill — *Buoni effetti delle injezioni sotto-cutanee d'ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare.*

Bidder — *Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio.*

Bourguet — *Guarigione della pseudartrosi con le injezioni.*

Verneuil — *Patogenia del ginocchio valgo.*

Verebelyi — *Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sotto-periosteo del tallone.*

Lapponi — *Lussazione completa della coracoidea dell'omero per contrazione muscolare.*

Picco — *Caso di lussazione traumatica femoro-iliaca.*

Houzé de l'Aulnoit — *Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell' arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti.*

Le Dentu — *Disarticolazione del cotile.*

Poinsot — *Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede.*

Goetz — *Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all' Ospedale di S. Eugenia*;

Thomas — *Considerazioni sulla temperatura nel tetano.*

Masing — *Altri quattro casi di antrace interno.*

Rapporto alla Società di Chirurgia di Mosca — *Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione.*

Neurdorfer — *La cura chirurgica delle ferite.*

Fourestié — *Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici*

Girard — *Sopra la così detta suppurazione bleu.*

Onimus — *Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe.*

Morf — *Osservazioni raccolte durante una epidemia vaiuolosa a Crefeld s. R. negli anni 1871-72.*

Hiller — *Ricerche sul contagio del vaccino.*

Voigt — *Il vaccino animale dello stabilimento amburghese di vaccinazione.*

Bez — *Della contemporaneità delle febbri esantematiche, ecc.*

Ricci — *Una nuova forma della infezione carbonchiosa.*

Capozzi — *Le malattie di cuore in mezzo al reumatismo articolare si oppongono assolutamente ed in ogni caso ai bagni termo-minerali?*

Bouchard — *Sull'eziologia della febbre tifoide.*

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA.

(Da pag. 19 a pag. 75).

Rizzoli — *Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico.*

Auger — *Il termo-cauterio nella cistotomia.*

Krishaber — *Il termo-cauterio nella tracheotomia.*

Bergeron — *Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia.*

Foulis — *Esportazione della laringe.*

Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago.*

Filiette e Cazin — *Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione.*

Kraussold — *Sopra un cefalocele acquisito in causa di caduta.*

Valerani — *Estirpazione completa della parotide.*

Neumann — *Un contributo alla conoscenza della ranula.*

Neumann e Baumgarten — *Due casi di fistola colli-congenita cistica. (Cisti dei condotti delle branchie di Roser).*

Blondeau — *Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia.*

Zanfal — *Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe di Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali, per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse.*

Patterson — *Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all'introduzione dei liquidi nelle vie nasali.*

Schalle — *Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso.*

Fraenkel — *Sull'uso della doccia nasale.*

Langenbuck — *In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale per le operazioni sulle labbra e sulla guancia.*

Vissaguet — *Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione.*

Otto Kustuer — *Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli.*

Notta — *Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione.*

Pereira Guimaraez — *Aneurisma della carotide primitiva; applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore; guarigione.*

Gibb — *Fasciatura elastica per la compressione dell'aorta.*

Smith — *Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch.*

Israel — *Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale.*

Sainclair Coghill — *Buoni effetti delle injezioni sotto-cutanee d'ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare.*

Bidder — *Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio.*

Bourguet — *Guarigione della pseudartrosi con le injezioni.*

Verneuil — *Patogenia del ginocchio valgo.*

Verebelyi — *Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sotto-periosteo del tallone.*

Lapponi — *Lussazione completa della coracoidea dell'omero per contrazione muscolare.*

Picco — *Caso di lussazione traumatica femoro-iliaca.*

Houzé de l'Aulnoit — *Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell' arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti.*

Le Dentu — *Disarticolazione del cotile.*

Poinsot — *Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede.*

Goetz — *Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all' Ospedale di S. Eugenia*;

Thomas — *Considerazioni sulla temperatura nel tetano.*

Masing — *Altri quattro casi di antrace interno.*

Rapporto alla Società di Chirurgia di Mosca — *Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione.*

Neurdorfer — *La cura chirurgica delle ferite.*

Fourestiè — *Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici*

Girard — *Sopra la così detta suppurazione bleu.*

Onimus — *Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe.*

Sejournet — *Studio della sensibilità termica nelle ulceri varicose.*
Desormeaux — *Sopra la riunione per prima intenzione colla ovatta.*
Chassagny — *Modo particolare di metodica compressione per mezzo dell'aria e dell'acqua.*
Winiwarter — *Nuove osservazioni ed esperimenti sulla medicazione arsenicale nei tumori delle ghiandole linfatiche.*
Tripier — *Ricerche sugli accidenti prodotti dall'anestesia coll'etere nei ragazzi.*
Deuck — *Della rivulsione interstiziale colle iniezioni ipodermiche di nitrato d'argento.*
Broca — *Intorno alla trapanazione neolitica.*

RIVISTA DI TOSSICOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

(Dalla pag. 75 alla pag. 92).

Arsenico.
Elleboro.
Fosforo.
Jodio.
Mercurio.
Santonina.
Tartaro emetico.

VARIETÀ.

Inchiesta medica sull'idrofobia — pag. 75.
Centenario d'Alberto Haller — pag. 91.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

RIVISTA OSTETRICA

del dottor GUELMI.

— *Società ostetrica di Londra: Forcipe Tarnier.*
Barnes — *Qualche dettaglio sull'Ospitale delle partorienti a Londra.*
Smith — *Della posizione nel travaglio del parto.*
Conrad — *Effetti della pressione dell'utero.*
Schneck — *Caso di stomatite materna, e di diarrea incurabile complicanti ogni gestazione e l'allattamento.*
Playfair — *Carie delle ossa pelviche consecutive al parto.*
Browne — *Caso di tumore fibroso dell'utero causante l'eclampsia; con osservazioni sui fibroidi dell'utero in generale, e sulle cause della eclampsia puerperale e non puerperale.*
Richmond Leigh — *Rottura dell'utero senza sintomi.*
Paalzow — *Restringimento del bacino — cefalotrissia — parto artificiale — lacerazione d'utero — guarigione.*
Weber — *Atrofia acuta del fegato nel puerperio.*
Grünewald — *Sterilità nelle donne che hanno una malattia negli organi genitali.*
Associazione medica di New York — *Ostetricia nel 1875-76.*

Società ostetrica di Londra: forcipe Tarnier.

Nell'adunanza della seduta 7 novembre 1877 della Società ostetrica di Londra, il dott. Wiltshire presentò ad essa il forcipe Tarnier, egli descrisse il modo d'applicazione. Il dott. West (presidente) fa osservare come il detto forcipe sia uno strumento assai ingegnoso, tuttavia richiese se tale forcipe non potesse offendere il perineo. Il dottor Fancourt Barnes, applicò allora il forcipe Tarnier sulla macchina di Baudin e Pinard, che presentò alla Società. Quindi applicò il forcipe sulla testa fetale in posizione occipito-iliaca destra anteriore, e giunse ad estrarre facilmente la testa.

Il dott. Playfair domandò al dott. Fancourt Barnes, se questo forcipe allorquando fosse applicato sulla testa fetale in posizione occipito-posteriore, permettesse la rotazione. Per risposta quegli applicò il forcipe, e fece la rotazione della testa in simile posizione.

Il dott. Braxton Hicks fece osservare che quando si introduceva uno

strumento complicato nella pratica, bisognava dimostrare da principio che esso permetteva più facilmente le manovre di un istromento semplice. Domandò inoltre se lo stromento poteva essere maneggiato senza danno in generale dai pratici. Si deve sempre, egli dice, preferire uno stromento semplice. Il forcipe inglese permette al medico di sentire in quale direzione è necessario di fare le trazioni, ed in pari tempo lascia libertà di rotazione. La curva delle finestre del forcipe Tarnier s'avvicina più degli altri forcipi francesi alla curva delle finestre inglesi.

Il dott. Matthews Duncan dice che il forcipe Tarnier sembra avere sullo stromento ordinario, il vantaggio di permettere il moto di pendolo, che può avere dei risultati deplorevoli. Nullameno esso trova due inconvenienti nel forcipe Tarnier: 1° La testa una volta presa resta chiusa fino al momento della sortita; 2° nel forcipe ordinario, quando si vuol tirare più fortemente si chiudono le branche sino al momento in cui è necessaria la compressione, il forcipe Tarnier non permette questa manovra.

Il dott. Galabin dice che gli aghi indicatori sono troppo pesanti, che possono cadere, ed ingannare l'operatore. L'articolazione delle branche di presa colle aste di traimento non è nell'asse trasverso della testa fetale, ma è posta in avanti di questo punto, d'onde risulta che la mobilità perfetta della testa non esiste.

Il dott. Fancourt Barnes fa notare che allorquando il forcipe Tarnier è applicato sulla testa sopra lo stretto superiore, appena che comincia il traimento, la testa discende all'indietro nell'escavazione del sacro in luogo d'urtarsi contro la sinfisi pubica, come col forcipe ordinario. Questo fatto è di grande importanza secondo Tarnier.

Il dott. Aveling soggiunge che la curva perineale è una delle caratteristiche le più importanti del forcipe Tarnier.

Il dott. Wiltshire dice che la compressione di cui parla Duncan M., può essere evitata girando di tempo in tempo la vite. L'istromento pare ben più complicato di quanto sembri.

Il Presidente chiudendo la discussione si felicita che i pregiudizii insulari non avessero esercitato alcuna influenza nella discussione sui vantaggi del forcipe di Tarnier.

Il dott. Robert Barnes fece l'applicazione del forcipe sopra la macchina nell'anfiteatro dell'Ospitale S. Giorgio alla presenza di moltissimi medici, e studenti, e dimostrò colla prova che è uno stromento veramente scientifico, e che era il complemento di due secoli di lavoro su questo punto.

Qualche dettaglio sugli ospitali delle partorienti a Londra; pel dottor Fancourt Barnes.

In Londra esistono quattro ospitali per le partorienti, di cui il più vasto non contiene che 50 letti. Questi stabilimenti sono: 1° il British Lying in Hospital fondato nel 1749, che racchiude 25 letti; 2° Il Cyty of London Lying-in Hospital, fondato nel 1750 con 42 letti; 3° Il Queen Charlotte's

Lying in Hospital, fondato nel 1752 che si compone di 50 letti, e 4° Il General Lying in Hospital fondato nel 1765 contenente 30 letti Il totale dei parti in questi quattro ospitali non ascende che a 1243, cifra che presso a poco, uguaglia il totale dell'Ospitale Rotondo di Dublino ove avvengono 1200 parti all'anno. Vi ha però una maternità esterna aggiunta a tutti gli ospitali dei parti di Londra, ove il servizio è fatto da levatrici, che si recano aile case delle donne. Quando si presenta qualche difficoltà, le levatrici mandano in cerca di un medico dell'Ospitale, al quale trovansi annesse. La mortalità delle madri nelle maternità esterne è assai debole; la media è di 1 su 1000. La media dei parti nelle maternità esterne degli ospitali è: al British Lying in di 800; al Queen Charlotte's di 600; al General Lying in, di 800; al City of London Lying in di 600.

Quanto all'insegnamento dell'ostetricia in questi ospitali, esso è riservato per le levatrici: però si riceve nel Queen Charlotte's un medico interno, e nel General Lying-in, due allievi interni, il che è ben poca cosa per gli studenti di medicina. Tutti questi ospitali, come la maggior parte degli ospitali d'Inghilterra sono sostenuti dalla carità pubblica. Gli individui che somministrano del denaro a questi ospitali hanno il diritto di far entrare una o due donne all' anno, secondo la somma che essi forniscono, e di farne pure partorire qualch'una nelle maternità esterne. Ai parti assistono le levatrici allieve, che dimorano nell'Ospitale. In caso di difficoltà si chiama il medico. Non si ricevono in detti ospitali che donne maritate, eccetto che nel Queen Charlotte's in cui si accettano le nubili. A Londra si ha un estremo rigore per le ragazze povere che ebbero la sventura di divenire incinte senza essere maritate. La maternità reale di Londra, che fa assistere i parti della città dalle sue levatrici, assiste a circa 3 00 donne per anno; e non cura che le maritate.

La mortalità negli ospitali di Londra non è eccessiva; così nel British Lying-in, durante l'anno 1876, fu di 1 sopra 155 parti; nella City of London Lying-in, nel 1876, si ebbero 9 morti sopra 408 parti; nel Queen Charlotte's Lying-in, nel 1876 furono 19 morti per 416 parti. Questa mortalità necessita di qualche spiegazione. Fino al 1876 i medici al Queen Charlotte's non aveano un'autorità sufficiente nell' andamento dell'Ospitale, che era si può dire sotto la direzione d'una levatrice.

Si sono sempre ricevute in quest' Ospitale, donne non maritate, ciò che aumenta considerevolmente la mortalità. Ultimamente la direzione del Queen Charlotte's è divenuta più accorta, e diede ai medici una maggior parte di autorità. Quest' Ospitale è circondato da un piccolo giardino, sistema che garantisce assai contro la trasmissione delle malattie settiche.

Non vi sono sale per i parti negli ospitali generali di Londra. Vi sono però due medici per l'ostetricia, e le malattie delle donne, aggiunti a tutti questi ospitali, che contengono inoltre una sala per le malattie delle donne. Gli studenti degli ospitali di Londra ricevono la loro istru-

zione ostetrica assistendo le partorienti nel circondario degli ospitali. In caso di difficoltà essi chiamano il capo di clinica, che alla sua volta può reclamare l'assistenza del medico ostetrico. Nel 1862 le autorità del King's College Hospitale, apersero una sala dei parti, contro l'avviso del dott. Farre, che ne era il medico.

Allorquando, dice l'Autore, mio padre, il dott. Roberto Barnes, era medico ostetrico a Saint-Thomas, le autorità vollero aprire una sala ostetrica. Il dott. Barnes R. vi si oppose assolutamente, dichiarando che quando si aprisse una tale sala, egli rinuncerebbe alle sue funzioni. Si cedette alle sue rimostranze, e la sala non fu aperta.

Riguardo agli studenti di medicina in Londra, non vi ha nè clinica ostetrica, nè alcun luogo ove i professori possono dimostrare i procedimenti ostetrici.

L'insegnamento clinico del palpamento, che è sì bene praticato a Parigi, è sconosciuto quì dagli studenti. Del resto lo studio dell'ostetricia non è compreso nell'esame pel diploma del Collegio reale dei chirurghi di Londra, diploma che dà diritto alla pratica medica ed ostetrica.

Della posizione nel travaglio del parto: pel dott. Smith.

L'Autore è convinto che la posizione durante il travaglio abbia una grande influenza sul parto. Egli cita in appoggio, degli esempi d'obliquità laterale assai pronunciata dell'utero, nei quali egli ha potuto facilitare il parto ponendo la donna in una buona posizione. Come regola generale bisogna sempre ricercare i rapporti che esistono fra l'asse dell'utero gravido e l'entrata del canale, e l'ammalata nella posizione la più favorevole all'entrata del feto nel bacino.

Effetti della pressione dell'utero; per Conrad. (*Corresp. Blatt. für schweiz. Aerzte*, N. 20, ottobre 1877).

L'Autore riferisce tre nuove osservazioni all'appoggio della sua maniera di vedere.

1° *Fatto.* — Feto di cinque mesi espulso spontaneamente. La madre che stava bene, avea avuto per cinque settimane delle perdite uterine sanguigne, ed acquose: essa avea inoltre provati violenti dolori analoghi a quelli del parto.

Le membra deformi, ed incurvate di questo feto sembravano prese da intenso rachitismo, però l'esame anatomico ha mostrato che in luogo di affezioni ossee, si aveva in realtà a trattare di fratture multiple, ed antiche delle diafisi delle ossa lunghe, di qualche costa, e della mascella inferiore.

L'Autore spiega queste fratture fetali col meccanismo seguente: lo scolo prematuro dei liquidi fetali, aiutato dalle contrazioni uterine risultanti da questa perdita precoce delle acque, produsse il restringimento dello spazio intrauterino libero, una pressione alla quale non hanno potuto resistere le ossa ancora tenere, e mal protette dalle parti molli.

Quest'osservazione offre pure dell'interesse dal punto di vista me-

dico legale, poichè viene in appoggio dell' opinione, che riconosce le violenze esterne come causa di fratture intrauterine.

2° *Fatto*. — Bambino nato morto in presentazione della sommità, nella 27ª settimana. Esso presentava un piede varo da ogni lato, e le sue membra inferiori fortemente flesse erano incrociate l'una sull' altra, e congiunte tutte e due contro il tronco. La madre di buona salute, avea avuto un utero pochissimo sviluppato, i movimenti fetali estremamente dolorosi, ed al momento del parto la perdita delle acque si era limitata a qualche goccia di liquido.

3° *Fatto*. — Bambino nato vivo in presentazione cefalica, al principio del 7° mese. Esso offriva pure una flessione considerevole con incrociamento delle membra inferiori, che erano condotte a contatto del tronco. Piede piatto a destra, piede varo a sinistra.

La madre, trovandosi in buona salute, in seguito d'una viva emozione morale, sentì al 5° mese di sua gravidanza una perdita di sangue, e di acqua dalla vagina. Dopo quest'epoca, ella avea avuto degli scoli frequenti di un liquido acquoso mescolato a mucosità sanguinolente. Si lamentava soventi di dolori analoghi a quelli di donna in travaglio di parto, ed i moti del feto gli facevano provare un vivo tormento.

Le contrazioni ripetute dell'utero erano sensibili alla mano applicata sull'addome. Durante il parto, fu solo dopo l'espulsione del feto, che si potè rimarcare l'uscita di qualche cucchiajo di acqua mescolata al sangue.

Storia d' un caso di stomatite materna, e di diarrea incurabile complicanti ogni gestazione, e l'allattamento; per I. Schneck. (*Americ. Supplement to the obst. Journ.* dicember 1876).

Una donna di 28 anni, presentò in seguito al suo primo parto dei sintomi di stomatite; vale a dire si formavano sulla lingua, e sulla parte interna delle guancie delle piccole vescicole che scomparivano rapidamente, lasciando delle ulceri superficiali di colore oscuro. Dopo quel tempo l'ammalata non fu mai completamente libera da questi fenomeni: in pari tempo, diarrea sierosa, ribelle ad ogni cura, anche la più energica.

Queste due affezioni, stomatite e diarrea, durarono tutto il tempo in cui persistè l' allattamento, e disparvero rapidamente appena il bambino morì. Essi ritornarono sotto la stessa forma in tre riprese differenti, e con tale intensità che la vita dell'ammalata si trovò in grave pericolo, e che alla sua terza gravidanza si fu sul punto di praticare il parto prematuro artificiale. Questa coincidenza è rimarchevole, e l' Autore non dubita, che non vi abbia fra lo stato della donna e la diarrea un rapporto di causa, ed effetto. Non si è parlato dello stato degli organi respiratorii, ma siccome la prima gravidanza rimonta al 1870, così è probabile che essi fossero sani.

Bisogna segnalare ancora due particolarità interessanti riferentisi alla terza gravidanza. Da principio vi avea un'idrope dell' amnios, ed i fatti di questo genere sono ancora relativamente rari. Di più il feto era nato vivo, ma affetto da enfisema generale. Ora, sin quì si era

parlato dell'enfisema del feto come causa di distocia, ma in questi casi trattavasi di feti putrefatti, di cui l'enfisema proveniva dalla fermentazione putrida. Nel caso attuale l'aspetto del feto era quello della decomposizione, ma esaminandolo, si constatarono tre sforzi inspiratorii separati e bene distinti, con grande meraviglia degli assistenti. La respirazione d'altronde non potè stabilirsi regolarmente, ed il fanciullo morì.

Carie delle ossa pelviche consecutive al parto; pel dott. Plaifair. (*Transact. of the obst. Societ. of London*, 1877).

All'autopsia d'una donna, che ebbe un parto laborioso, che per liberarla si dovette ricorrere al forcipe, e morta per pneumonite con uno stato tifoide estremamente pronunciato, si rinvenne la carie delle ossa pelviche. L'Autore non rinvenne che tre casi analoghi consegnati nella scienza: uno accennato da lui stesso nel XV volume delle Transactions della Società; gli altri due nella clinica di Trousseau, che l'attribuiva alla propagazione dell'inflammazione perimetritica alle ossa. Il prof. Playfair sarebbe più disposto a riferirlo alla setticemia, come sembravano i casi osservati da lui. Oltre le lesioni della pneumonite, le parti più affette erano l'articolazione sacro-iliaca del lato destro, le cui cartilagini, e legamenti erano distrutti, come la parte vicina dell'ileo, e il margine del bacino dello stesso lato. La parte del sacro contigua all'articolazione cominciava ad intaccarsi. A sinistra le ossa erano normali, ma si apriva da questo lato un piccolo ascesso che conteneva circa 30 grammi di pus fetido, e communicava colle parti circumambienti. L'utero ed i suoi annessi erano sani; le pareti della vagina presentavano delle ulceri superficiali, ma nessuna parte dell'apertura communicava col focolaio dell'alterazione ossea, la quale poi non si estendeva ad alcun altro viscere nel bacino. L'uretra e la vescica non presentavano nulla d'anormale.

Caso di tumore fibroso dell'utero, cagione d'eclampsia; con osservazioni sui fibroidi dell'utero in generale, e sulle cause della eclampsia puerperale e non puerperale; pel dott. Browne. (*American Journal of Obstet.* 1877).

L'osservazione che servì di punto di partenza di questo lavoro si riferisce ad una donna di 36 anni, senza figli, la quale presentava nella parete anteriore dell'utero, un tumore fibroso del volume d'una testa di feto. Malgrado le iniezioni ipodermiche di ergotina, il tumore aumentò di volume, e l'ammalata fu presa da fortissime convulsioni, e presso a poco continue. In pari tempo sopravvenne edema della faccia, dei piedi e delle gambe, nonchè una ritenzione completa d'orina, nella quale però non si trovò albumina. Questo stato durò 10 giorni, al termine dei quali l'ammalata fu presa da un delirio furioso, che cessò solo allorquando si tolse il collo uterino, il quale s'era collocato nell'escavazione del sacro, e che si permise, mediante l'introduzione della sonda uterina, di scolare una grande quantità di liquido spesso ed oscuro. Le convulsioni ripetendosi ogni volta che il collo ripren-

deva la sua antica posizione, o che esso si ostruiva, si dovette incidere, in modo da mantenere aperto il canale cervicale, poi dopo la cicatrizzazione si elevò il fondo dell'utero e si mantenne in questa posizione ponendo nel cul di sacco, ed all'indietro del collo, dei tamponi di ovata imbevuti di glicerina. Potè farsi in tal modo uno scolo di liquido oscuro e grumoso, il cui risultato parve quello di rammollire l'utero, e le convulsioni non si mostrarono più. Al termine di 8 settimane di questa cura, si poteva mantenere quest'organo coll'aiuto d'un pessario, e l'ammalata avendo l' addome sostenuto col mezzo d'una cintura, camminava con facilità e senza inconveniente. I mestrui erano ritornati con facilità, e senza provocare dolore.

In questa donna le convulsioni doveano essere attribuite all'irritazione dei nervi vaso-motori dilatatori, provocata dalla compressione dei gangli simpatici dei nervi situati al davanti dei fori sacrali, compressione facilitata dall'aumento considerevole di volume, che secondo Roberto Lee, sopravviene in questi nervi in seguito all'accrescimento fisiologico o patologico dell'utero. L' Autore riassume il suo lavoro nelle conclusioni seguenti:

1° Nell' utero di molte donne esistono tumori fibrosi, che possono raggiungere un volume considerevole, senza determinare alcun sintoma;

2° Allorquando sviluppansi in gravidanza, essi scompariscono d'ordinario a misura che l'utero ritorna sopra sè stesso;

3° I fibromi intraparietali non hanno sempre involucro; alcuni sono uniti alla parete muscolare dell' utero nelle quali trovansi situati, per qualche legame. Dopo la loro estirpazione, l' esame microscopico non basta a stabilire se sieno interstiziali, o sottomucosi;

4° Nel trattamento dei fibromi l'utero deve sempre esser mantenuto nella sua posizione normale, ed il canale cervicale aperto affine di mantenere uno scolo facile dai liquidi della cavità. Non devesi amministrare la segale, che in queste condizioni;

5° Allorquando i tumori sono voluminosi, e comprimono gli organi vicini, devesi elevare l'utero al disopra della cavità pelvica, mantenendo sempre l'apertura del canale cervicale;

6° Non devesi mai cercare di levare con un'operazione chirurgica i fibromi interstiziali e sessili, o meno d'emorragia ostinata, o di minaccia di septicemia;

7° L'eclampsia provocata da questi tumori è il risultato dell' irritazione dei nervi dilatatori del sistema vaso-motore, che determina della iperemia, e l'aumento di siero nei vasi del cervello e della midolla spinale. Essa può accompagnarsi da albuminuria, se quest' irritazione si estende ai nervi dilatatori dei reni, ma l' albuminuria deve essere considerata come uno degli effetti dell'irritazione, che provoca l'eclampsia, e nullamente come la causa per sè stessa;

8° L'eclampsia sopravviene il più soventi nelle primipare, e nelle gra-

vidanze gemellari, in causa dell'irritazione più grande, che determinano queste condizioni. Nelle primipare la rigidità delle articolazioni pelviche agisce, senza dubbio, come causa ausiliare.

Rottura dell'utero senza sintomi; pel dott. Richmond Leigh. (*The Lancet*, p. 8, 1877).

Nona gravidanza, al quarto mese, contusione forte all'addome, ma senza conseguenza. Parti anteriori un po' lenti, ma regolari. Il travaglio comincia in modo normale, tuttavia malgrado le contrazioni ripetute, e di seguito, si rende bentosto evidente, che non avviene la discesa della testa. Presentazione delle natiche al distretto superiore. La mano applicata sul ventre distingue e riconosce assai chiaramente un membro superiore che sembra a contatto immediato delle pareti addominali, tanto sentesi palesemente la forma non soltanto della mano, come quella delle dita.

Lo stato generale è buono, non havvi collasso, nè dolori anormali. Dopo l'anestesia col cloroformio si va alla ricerca dei piedi, poi a quella delle braccia, che sono raddrizzati sulle pareti laterali della testa. Durante queste manovre, si riconosce l'esistenza d'una rottura dell'utero, che ammette la mano, situata un po' al disopra del collo, ed estesa trasversalmente da destra a sinistra. L'espulsione della seconda ha luogo spontaneamente, e senza emorragia: la retrazione dell'utero è normale.

L'indomani (27 febbraio) non si constata alcun accidente particolare; la notte fu buona, i locchi sono moderati; si prescrive come il dì prima il riposo assoluto, dell'oppio, ed una pozione alcoolizzata.

28 febbraio. — Un po' di subdelirio al mattino con lingua secca, e bruna: non havvi però pericolo imminente. Ma nel giorno, in seguito di tentativi per mutare all'ammalata la biancheria, sorge considerevole emorragia, seguita ben tosto da vivi dolori, agitazione, collasso, e finalmente la morte (1 marzo).

L'Autore pensa che il braccio del feto, era solo fuggito dalla rottura uterina, l'organo continuando a contrarsi sul corpo e sulla testa fetale.

Restringimento del bacino — cefalotrissia — parto artificiale — lacerazione dell'utero — guarigione; pel dott. Paalzow. (*Berlin. Klinisch. Woch.* N. 18, 1877).

Primipara di 29 anni, che aveva perduto le acque il giorno avanti. Bacino ristretto, promontorio deviato a destra. Testa fissa al distretto superiore in 2ª posizione della sommità. Granchi, polso a 100, iniezioni ripetute di morfina.

Il domani, 31 ottobre, la testa è posta in traverso, l'occipite in basso. Iniezioni morfinate e senapismi in causa dei crampi. Il primo novembre, dopo mezzogiorno, febbre. Non s'intendono più battute del cuore fetale. Nella sera, il collo presentando un'apertura di 6 centim., si scopre una lacerazione uterina. Perforazione del cranio fetale e cefalotrissia; estrazione difficile coll'uncino ottuso. Estrazione artificiale della placenta durante la quale si trova una seconda lacerazione situata a

destra a livello del segmento inferiore dell'utero. Il dito passato attraverso arriva in una borsa peritoneale, la cui sede corrisponde ad un tumore apprezzabile verso l'esterno durante il parto. Irrigazione dell'utero e della vagina con liquido fenizzato. Fasciatura con collodion. Vescica di ghiaccio per 3 giorni. Il 17 novembre si levano le fascie, e si sente all'esterno, dalla parte destra, un essudato proveniente dal bacino, ed estendentesi fino alla spina iliaca antero-superiore. Il 19 novembre questo tumore si apre in vescica.

Un secondo essudato formato a sinistra dell'utero, l'8 dicembre prende la stessa via per rompersi. D' allora comincia la convalescenza, e l'Autore potè condurre la paziente davanti la Società.

Caso di atrofia acuta del fegato nel puerperio; del dott. F. Weber. (*Schmidt's Jahrb.*, Lipsia 1877, n. 8).

Una donna russa, d'anni 38, avea partorito 13 volte facilmente, e felicemente, e sempre alla fine della gravidanza normale. Al 7° mese della sua 14ª gravidanza si lagnò di disturbi digestivi, e mostrò un aspetto singolarmente triste. Sei giorni prima la paziente fu presa da itterizia assai intensa, e da forti dolori nella regione del fegato; dopo tre giorni l'assalirono i dolori, seguendone il parto d'un bambino gracile, e fortemente itterico. L'utero si retrasse, ma la paziente rimase assai apatica. I dolori però alla regione del fegato erano assai diminuiti. Al secondo giorno si osservò secrezione di latte nelle mammelle. Negli ultimi giorni ritornarono i dolori nella regione del fegato in un grado assai considerevole. Quindi avvenne delirio, contrattura della estremità inferiore del corpo, convulsioni con susseguente sudore, e sopore.

A questo tempo (18 febbraio), vide l' Autore per la prima volta l'ammalata. Essa stava priva dei sensi, e respirava con forte rumore. La pelle presentava colore giallo intenso, il volto era alquanto edematoso: debole la reazione delle pupille. Il polso batteva lentamente; i toni del cuore, discretamente deboli, erano velati dal rumore respiratorio. Il ventre era molle, nè si appalesavano dolori al tatto negli ipocondrii. Alla percussione dell'epigastrio, e dell' ipocondrio destro il suono era pieno. Il fegato segnava al più 3 pollici sulla linea ascellare. Nulla d'anormale all'utero; i lochi erano abbondanti, e normali. La vescica fu vuotata artificialmente; nell'orina si trovò materia biliare, ed un pò di albumina. Le scariche erano giornaliere, ma involontarie, non diarrea. Di sera la temperatura era a 37°, il polso a 70, la respirazione a 24. Il giorno dopo nulla si cangiò, solo manifestossi edema alle estremità inferiori. Nei prossimi giorni s'aggiunse edema alle estremità superiori, ed al volto. Lo sviluppo del fegato sembrava diminuito ancor più. Al 20 febbraio anche l' itterizia era più intensa, la respirazione stertorosa; non era più percettibile al davanti la mutezza del fegato. Quindi la circonferenza della milza diminuita; temperatura 37°,5; polso 80; respirazione 28.

Il 21 febbraio, avanti mezzogiorno: temperatura 38°,9; polso 124;

respirazione 28; edema delle estremità considerevolmente diminuito. Locchi abbondanti, e senza odore speciale; ad un' ora di notte avvenne la morte. La cura fu sintomatica. I dolori alla regione epatica furono combattuti mediante le applicazioni d'una vescica di ghiaccio. In luogo del calomelano, e del ioduro di potassa fu prescritto il salicilato di soda per l'aumento di temperatura.

Della sterilità delle donne, che hanno una malattia degli organi genitali; per Grünewald. (*Arch. f. Gynæcologie*, vol. 7).

Secondo Grünewald, l'elemento essenziale della facoltà di riprodurre risiede nella donna nell'attitudine a covare l'uovo fecondato, che dipende esso stesso dall' integrità del tessuto uterino, ben più che nell'attitudine a concepire (contrariamente all' opinione di Marion Sims).

Le malattie degli ovarii, delle trombe, della vagina sono cause frequenti di sterilità, però raramente possibile a constatarsi.

Sopra 900 casi di sterilità osservati dall' Autore, 50 par 100 erano dovuti principalmente a processi infiammatorii; 30 per 100 ad altre anomalie degli organi genitali, complicate più o meno a forme infiammatorie; in 20 per 100 la sterilità esisteva senza che si avesse potuto constatare dei processi infiammatorii, o loro conseguenze nei tessuti dell'utero.

Lo stato del collo della matrice non ha che poca importanza nella questione; al contrario l' integrità della mucosa uterina vi tiene parte capitale. Tutto dipende dall'estensione della lesione di questa mucosa, e dalla profondità alla quale il disturbo nutritivo si è propagato nel tessuto sottomucoso, e nello strato muscolare.

Le para, e perimetriti agiscono in due sensi: da principio modificando sensibilmente la nutrizione, e la funzione degli organi genitali, ed in secondo luogo alterando la loro posizione normale.

Le infiammazioni di questo genere si producono sovente ne' primi tempi del matrimonio, che troppo spesso resta sterile. La ragione stà nell' ignoranza completa dei giovani maritati, e nell' igiene sessuale.

Rispetto alle *malformazioni, e le stenosi del collo, e dell'orificio*, l'A. asscrisce, che esse sono raramente congenite, ma il risultato al contrario d' infiammazioni anteriori, o di altre anomalie di nutrizione. Se in questi casi, la sterilità è guarita dopo l' incisione del collo, simile risultato non è dovuto a ciò che lo sperma potè entrare liberamente nella matrice, ma a ciò che quest'operazione provoca la guarigione dei disturbi nutritivi della matrice.

Quanto alle versioni e flessioni dell' utero, bisogna convenire che il trattamento meccanico delle deviazioni uterine non serve che a liberare le ammalate dai loro tormenti, ma che la gravidanza non è che raramente il risultato della cura ortopedica. È per tal modo che Grünewald osservò che sopra 13 donne, 11 divennero incinte senza essere state sottomesse ad alcuna cura meccanica, e solo per 2 di esse si

potè ammettere l'uso d'un pessario intra-uterino, il quale contribuì alla guarigione della sterilità.

Le neoformazioni circoscritte della matrice intrattengono la sterilità nella gran maggioranza dei casi, non perchè si oppongano alla concezione, ma perchè danno luogo secondariamente a malattie di tessitura della matrice, che rendono più difficile l'impianto, e lo sviluppo dell'uovo fecondato, e talora impossibile. Le neoformazioni non interessano che il collo isolatamente, e sono meno importanti per la riproduzione.

L'ostetricia nel 1875-1876. (Comunicazione fatta alla New-Jork med. Journal associat. il 24 novembre 1875; esposto nell'*American Journ. of Obstetr. ed Ann. de Gynækologie*, 1878).

Barnes (Fenomeni fisio-patologici della circolazione nelle donne incinte) crede aver riconosciuto nella gravidanza uno stato particolare del sangue, un accrescimento della circolazione arteriosa, ed una disposizione alla flebecstasia generale, o limitata, che può in certe circostanze condurre ad effusioni sanguigne. Questi spandimenti sono salutari, o funesti. Qualora si producono alla superfice d'una mucosa, possono prevenire delle emorragie interne, od un aborto, od impedire quell'alterazione renale, che ha per conseguenza l'albuminuria, o la eclampsia. Le perdite uterine, che accompagnano l'aborto possono agire nello stesso senso. Simili accidenti, talvolta utili, possono però divenire dannosi, per l'anemia, che essi causano. Durante il periodo sessuale, le emorragie devono far supporre una gravidanza, od un disordine menstruale, ed indicano il salasso, i purganti, gli alcalini, la mancanza d'eccitanti, un regime dietetico, la digitale, ecc., per diminuire la tensione vascolare nei casi di gravidanza.

La diagnosi d'una gravidanza recente è sempre poco facile; le papille della mammella passavano per un segno abbastanza certo, ma Vedeler concluse del poco loro valore diagnostico. Esse divengono sporgenti quando se ne formano di nuove, o se le antiche si ipertrofizzano. Vedeler esaminò 60 donne, che non erano state mai incinte, fra le quali 65 non maritate, e sopra questo numero trovò 44 volte le papille sviluppate, 7 volte non ne trovò; in 3 casi esse erano tanto sviluppate come nelle donne incinte. Le papille non mancarono che 13 volte sopra 100; erano invece invisibile in 20 donne incinte sopra 334 donne esaminate.

Cumming ha dato alla Società ostestrica di Edimburgo alcuni fatti, i quali provano che il ritmo del cuore del feto intrauterino, non è una indicazione certa del suo sesso. Sopra 141 osservazioni le predizioni esatte non passano le erronee che di 13. Dalle sue osservazioni sul peso dei fanciulli, egli conclude che le inesattezze tengono a ciò che il ritmo cardiaco varia non solamente col sesso, ma anche col peso, dimodochè una grossa bambina può avere un polso meno rapido che un fanciullo piccolo. Il ritmo cardiaco è un pò più rapido nelle femmine che nei maschi. Quando al soffio uterino, accetta l'opinione che si produca nei

vasi uterini, e che non ha rapporto col punto d'inserzione della placenta. nè colle variazioni della circolazione placentale.

Un gran numero di gravidanze extrauterine sono state citate, in questi ultimi mesi. Thomas ha fatto conoscere un nuovo metodo joporatorio per l'estrazione del feto in questi casi, ed egli riferisce un caso di successo. L'ammalata aveva un tumore addominale, e del dolore nella regione iliaca sinistra.

L'esame fece conoscere, a sinistra dell'utero, una cisti grossa come la matrice, e discendente sino a livello del mezzo del collo. Questo tumore presentava un corpo solido, che ballottava nel suo interno.

Ecco come fu fatta l'operazione; lo speculum di Sims essendo stato introdotto per allontanare fortemente le pareti della vagina, Thomas fece col coltello galvanico un' incisione nella parete vaginale che egli condusse sino alla cisti. Egli la punse, e fece l'estrazione del feto attraverso l'apertura Distaccò una porzione di placenta, ma sopravvenne una emorragia così violenta, che bisognò iniettare del persolfato di ferro in soluzione, e riempire la cavità con del cotone saturo di ferro essiccato.

Al quarto giorno si manifestarono sintomi di septicemia; quando si tolse il cotone, si fecero giornalmente iniezioni di acqua fenizzata. L'ammalata si ristabilì. Thomas crede che egli ebbe torto nel fare l'estrazione della placenta; in un caso simile la lascerebbe a posto.

Racconta quindi un altro caso di successo in una gravidanza extrauterina. La diagnosi non potè essere precisata che allorquando 9 litri furono estratti, e che si potè sentire distintamente il feto. La gravidanza durava da più di 9 mesi, il feto fu estratto morto, e la placenta lasciata nella cisti. Molte settimane più tardi l'ammalata fu presa da sintomi febbrili, e la placenta libera nell'addome fu estratta per una piccola apertura, che rimase beante. L'ammalata si ristabilì.

Dresselhuys riferisce un caso simile nel quale si formò un ascesso, e la testa fetale si presentò all'apertura.

L'opera la più completa sopra questo soggetto è quella di Parry.

Nei casi di replezione del sacco l'Autore consiglia l'operazione immediata che può renderci padroni dell'emorragia.

Leopold scrisse una memoria assai interessante sulla morte abituale del feto, e della sua espulsione artificiale. Dalle conclusioni si deduce, che la morte abituale del feto può essere dovuta a molte cause: 1.° Sifilide dei parenti. 2.° Anemia o distocia materna. 3.° Malattie croniche dell'utero, irritazione uterina; irritabilità organica generale. 4.° Eredità. 5.° Modificazioni funicolari, o placentari. Il trattamento deve cercarsi nell'ablazione delle cause; il parto prematuro salva soventi il feto, ed il momento preciso nel quale devesi provocare sarà indicato dallo stato del cuore del feto, dalla storia delle gravidanze precedenti, e dalla causa probabile della morte prematura dell'uovo.

La ritenzione d'un uovo morto fu l'oggetto di molti lavori interes-

santi. Clintok dice che in regola, allorchè un embrione soccombe nell'utero, viene immediatamente espulso; ma questa regola soffre numerose eccezioni, che costituiscono dei casi difficili, ed imbarazzanti.

Una cliente di Montgomery, dopo una gravidanza di due mesi, provò tutti i sintomi d'un aborto. Essa continuò ad avere una perdita irregolare, e ad un tratto dopo una corsa in vettura, fu presa da dolori uterini, ed emorragia; Montgomery la liberò d'un feto che avea dimorato sette mesi nell'utero dopo avere soccombuto. Clintock, Mundé, Johnston, Ingleby ed altri riferirono casi analoghi. Essendo ammesso il fatto, che l'uovo può essere ritenuto qualche tempo dopo la sua morte, sarebbe assai interessante sapere come può durare questa ritenzione. Clintock inclina a credere che il suo limite sia di 9 mesi; però ammette non esservi ragione *a priori* di supporre che un uovo sia ritenuto più di 9 mesi, siccome un feto, soccombente alla fine della gravidanza, può passare il termine; è ciò che si chiama travaglio perduto (missed labour).

L'opinione di Clintock ci sorprende, poichè s'egli avesse richiamato le sue letture, avrebbe ritrovato molti casi in cui la ritenzione ovulare ha durato più di 9 mesi.

Nell'osservazione di Johnston il travaglio non si è dichiarato che al 10° mese, e Mundé riunì molti casi nei quali si passò questo termine; una volta 10 mesi, due volte 11 mesi, due volte 12 mesi, una volta 13 mesi, una volta 17 mesi, ed una volta 18 mesi. Si conoscono dei casi in cui l'utero ha espulso delle ossa fetali molti anni dopo la concezione; in altri l'autopsia ha fatto scoprire nell'utero delle ossa molti anni dopo la gravidanza. Come esempio noi citeremo il caso in cui Camerarius (citato da Mundé) trovò un uovo calcificato, del peso di 4 chilogrammi, racchiudente un feto, nell'utero d'una donna di 94 anni. Questi dati bastano a provare l'inesattezza della opinione di Clintock. La ritenzione ovulare varia da qualche ora ad alcuni anni.

Byrne sostiene che si ha torto di credere, come si fa in generale, che il feto è ordinariamente espulso subito dopo la sua morte, e che al contrario viene ritenuto qualche tempo nell'utero.

I cangiamenti che subisce l'uovo morto non sono numerosi.

In genere i suoi tessuti si mummificano, e si disseccano, e se la ritenzione dura degli anni, essi vengono calcificati. Può pure essere intieramente assorbito, a putrefarsi, disaggregarsi, e sortire a pezzi.

Più il feto è vicino a maturanza al momento della sua morte, più è probabile, che si decomporrà.

Si attribuisce la conservazione del feto all'esclusione dell'aria per le membrane, ed alla proprietà antisettica del sale, che contiene il liquido amniotico. Qualche volta la placenta continua ad accrescersi dopo la morte del prodotto; essa può allora essere più voluminosa, di quello la comporti l'età del feto; può pure raggiungere lo sviluppo d'una placenta a termine, mentre che il feto resta piccolo, e può pure scomparire.

La morte del feto può dipendere da qualche stato individuale, sovente

d'una malattia funicolare, e noi possiamo credere che questa morte sia lenta, e graduale. Non è tuttavia possibile determinare dappoi quanto un feto abbia dimorato nell'utero dalla considerazione del suo volume, e del suo aspetto, come lo prova la giovinezza apparente di qualche prodotto, che è noto sieno stati lungamente trattenuti nell'utero, e la mancanza di rapporto fra la grossezza del feto, e della placenta.

Simile questione è importante per la medicina legale. La diagnosi riesce dubbia, poichè questi casi sono assai imbarazzanti. Noi siamo soventi obbligati di riportarci alle asserzioni degli ammalati, che soventi ci inducono in errore. Il collo è sovente molle, rilasciato, aperto, ed il corpo uterino voluminoso. L'esistenza d'una perdita può avere un gran valore, indicando la morte del feto. La termometria uterina ci promette molto aiuto. Se mettendo in opera tutta la nostra abilità, e la nostra scienza noi non possiamo formulare una diagnosi, non dobbiamo scoraggiarci, poichè Clintock ci racconta, che egli assistè al consulto di cinque medici distinti, nel quale non si potè stabilire se il feto era morto, o vivo.

Se non vi ha perdita putrida, se la donna non è spossata dalle emorragie, è probabile che l'uovo sarà espulso senza grave perdita, e che l'ammalata si ristabilirà. Se il prodotto si è putrefatto, i pericoli dell'emorragia sono ancora minori, ma sono a dubitarsi altri danni. Clintock ci dice; io credo che si possa porre quì un aforismo, che più lo sviluppo del feto è avvanzato, più la ritenzione è dannosa per la madre. La cura si riassume nell'espulsione immediata del feto. Per ciò fare noi possiamo dilatare il collo, ed amministrare della segale; qualche volta si può fare dell'aspettazione, e lasciar andare il feto sino al termine; esso è allora in generale espulso spontaneamente. Noi non siamo autorizzati a dilatare il collo, senza esserci assicurati della morte del feto. Gli antisettici sono indicati nel caso di perdite putride.

Alla discussione mossa da Dervis sulla retroversione dell'utero gravido molti medici parlarono dei casi di questo genere, dedotti dalla loro pratica; limitaronsi però tutti presso a poco allo studio della riduzione. La causa è quella ammessa pel primo da Tylor Smith una retroversione ante-gravidica.

Martin riguarda la diagnosi come difficile. Si può confondere questa affezione con un ematocele retro-uterino, con una gravidanza extra-uterina, dei tumori, o dei depositi retro-uterini. L'esame vescicale, e rettale, e forse la precedente introduzione dell'isterometro toglierebbero dal dubbio. Barnes indica la sporgenza del perineo, come un sintoma che riunito agli altri, ci permette di porre una diagnosi certa. La ritenzione d'orina può essere uno dei primi sintomi, ma se, come nel caso di Mundé, si produce una flessione, il collo non preme sull'uretra, e l'orina non è ritenuta in vescica.

La prognosi è sempre favorevole, purchè l'ammalata ricorra tosto al medico. Sopra 48 casi citati alla Società ostetrica, 8 furono mortali. La

causa della morte fu soventi la gangrena della mucosa vescicale, seguita della distensione prolungata.

Uno di questi casi finì colla guarigione, dopo l'esfogliazione di tutta la mucosa vescicale; la vescica restò contratta, e l'ammalata conservò un impossibilità di rimanere più di qualche minuto senza orinare. La morte è talora in questi casi la conseguenza dell'alterazione renale, del *choc* uremico, e di spossamento.

Barnes riguarda la rottura della vescica come complicazione assai rara; come pure lo stesso della peritonite, che si considera soventi quale causa frequente di morte.

L'aborto non è raro nella retroversione, esso può prodursi avanti ogni sintomo.

La prima apparizione dei sintomi ha luogo, in generale, alla metà del terzo mese, od al principio del quarto; nel caso di Mundé avvenne all' 11ª settimana.

La questione della cura della retroversione ha fatto dei progressi: è lo stato dell'ammalata che deve decidere se bisogna ridurre l'utero appenachè siasi constatato la deviazione.

Se la ritenzione ha durato lungamente, qualora siensi prodotte modificazioni secondarie, se l'ammalata è spossata, molti autori sostengono che bisogna vuotare la vescica, e lasciare all'ammalata tempo per rimettersi avanti intraprendere alcun sforzo per la riduzione. Altri autori, come Gervis, pretendono che bisogna fare il taxis subito dopo l'evacuazione della vescica, perchè l'aspettazione esporrebbe a numerosi accidente.

Se l'accidente è recente, non vi hanno sintomi serii, si potrebbe tentare l'immediata riposizione dell'utero. Nella più parte dei casi questa riduzione non è difficile; ma talvolta l'utero sembra fisso nella sua posizione anormale.

RIVISTA DERMATOLOGICA

del dott. CARLO PADOVA.

Majocchi D. — *Contribuzione alla patogenesi della peliosi reumatica.*
Marchiafava — *Sopra un altro caso di peliosi reumatica; lettera al dottor Majocchi.*
De-Amicis — *Rara forma di neo pigmentario diffuso in tutta la superficie cutanea.*
Scarenzio — *Di una singolare alterazione pigmentaria verrucosa e lipomatosa congenita.*
Manassei — *Su di un caso di neo verrucoso pigmentario peloso congenito.*
Woronichin — *Sul nigrismo.*
Duhring — *Di un caso di donna barbuta.*
Rizzoli — *Ciocca di capelli bianchi sulla fronte congenita ed ereditaria.*
Benazzi — *Due casi ribelli di eczema rubrum curati e guariti colla tintura di maiz guasto.*
Paola — *L'eczema.*
Gamberini — *Storia di polimorfa successiva.*
Tanturri — *Tre casi clinici nuovi di Mycosis fongoides di Alibert.*
Majocchi — *Kerion dei Greci, studii anatomo-patologici.*
Gamberini — *Il sistema nervoso in rapporto colle malattie della pelle.*
Kaposi — *Sulle nevrosi di sensibilità della pelle.*
Testut — *Della simmetria nelle affezioni della pelle.*
Mayer — *Dell'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo delle affezioni cutanee.*
Carry — *Dell'azione e delle indicazioni dei bagni nelle malattie della pelle.*
Barduzzi — *Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche.*
Tanturri — *Contribuzione patologica e clinica intorno all'eritema multiforme essudativo.*
Kaposi — *Sulla patologia e terapia di particolari malattie cutanee: lichen ruber acuminatus e lichen ruber planus.*
Henry Fox — *Un caso di lichene piatto.*
Le Keyes — *Idem.*
Bronson — *Idem.*
Hebra — *Azione dell'acqua sulla pelle sana ed ammalata.*
Bergeron e Proust — *Delle eruzioni chimiche.*
Geber — *Sull'anatomia del lupus eritematoso.*
Piffard — *Un caso di lupus eritematoso del pene.*

Milton — *Dell'orticaria gigante.*
Wyndham Cottle — *Della cura locale della psoriasi.*
Lancereaux — *Nota sopra un caso di lingua nera.*
Armaingaud — *Della colorazione nera della lingua per cromidrosi.*
Smith — *Xantema.*
Lewin — *Intorno al cisticerco della cellulosa, e sua manifestazione alla pelle dell'uomo.*
Guttmann — *Intorno ai cisticerci della pelle.*
Piffard — *La diatesi reumatica in dermatologia.*
Hardy — *Della sclerodermia.*
Mauriac = *Lezioni sull'erpete nevralgico degli organi genitali.*
Fournier — *Della porpora jodica.*
Apoland — *Fatto curioso di eruzione oppiacea.*

Contribuzione alla patogenesi della peliosi reumatica. Storia clinica del dott. Domenico Majocchi. (Roma 1876).

La peliosi reumatica fra le forme emorragiche è quella di minore importanza sia per la poca gravezza dei sintomi, che per il suo decorso breve, è assolutamente da esse distinta e forma un'ente a sè.

La storia riferita dall'Autore riguarda un giovane di anni 18, di costituzione linfatica e ben nutrito.

Due mesi prima dall'ultima malattia avendo viaggiato a piedi da Roma a Napoli soffrì di edema agli arti inferiori e superiori, che scomparve. Dopo otto giorni fu preso da risipola, guarito dalla quale, mentre già aveva ripresi i suoi lavori di falegname gli comparve sulla pelle una efflorescenza accompagnata da prurito assai molesto e che venne diagnosticata per rogna. Appena incominciata la cura della scabbia lagnossi, di dolore ad ambedue le articolazioni del ginocchio, accompagnato da tumefazione e febbre a freddo. Il giorno dopo presentò eruzione di alcune piccole macchie rossastre della grandezza di una lente alle gambe ed alle coscie, ed insieme l'ammalato si fece triste, ed abbattuto nelle forze.

Intanto le macchie si fecero più oscure, non scomparivano alla pressione, ed erano accompagnate da formicolio alle gambe e senso di freddo specialmente alla regione esterna delle coscie, ove era anche diminuita la sensibilità tattile e dolorifica. Inoltre alle gambe principalmente nelle ore di notte osservavasi un sudore algido. Le articolazioni delle ginocchia presentavano leggiera tumefazione accompagnata da calore urente, da dolore spontaneo quasi nullo, ma sensibile alla pressione; la pelle era di colorito normale, sebbene ogni movimento dell' arto fosse impedito tanto dalle infiammazioni della capsula articolare che dal dolore riflesso. Al microscopio il sangue delle macchie cutanee diede discreta quantità di globuli rossi, alcuni impiccioliti, altri in disfacimento

misti a qualche frammento di cristalli di ematoidina. Si trovò pure albumina ed abbondanza di cloruri ed urati nelle orine. Si ordinarono i tonici ed i ricostituenti e le pennellature di iodio sulle articolazioni del ginocchio. Dopo due mesi circa di degenza l'ammalato lasciava l'ospedale guarito.

La forma suddescritta è chiara della peliosi reumatica di Schöenlein. Essa si distingue dalla porpora emorragica per lo stato generale cachettico di quest'ultima forma e per l'aspetto più esteso, e profondo delle sue emorragie; dallo scorbuto perchè questo genera stravasi assai grandi, e le caratteristiche nodosità, e le alterazioni note alle gengive, ecc. Lo stesso si può dire del morbo maculoso di Werlhoff, e tanto più poi dell'emofilia dove i versamenti cutanei sono quasi sempre causati da un trauma od altra lesione locale, nè nel caso dell'Autore la scabbia può essere considerata come causa occasionale perchè i guasti erano affatto distanti dai punti presi dalla scabbia; la quale appariva solamente al dorso delle mani, agli spazii interdigitali, alle parti genitali ed agli avambracci, mentre i punti emorragici erano alle gambe ed alle coscie, e d'altro lato l'infermo non aveva mai patite malattie che accennassero ad una *disolutio sanguinis*. È pure da distinguere la forma emorragica in discorso dalle ematinorragie.

Nell'ammalato eranvi anche fenomeni di alterata sensibilità, sensazioni limitate di freddo, dolori alle ginocchia, formicolio alle gambe che scomparvero collo scomparire delle macchie. Tutti questi fenomeni l'Autore crede abbiano origine neuropatica; l'albumina trovata nelle orine la fa ripetere da catarro dei canalicoli uriniferi, per nefrite da causa reumatica.

Studiando la patogenesi della peliosi il dott. Majocchi ricorda come in tutte le forme emorragiche cutanee può avverarsi la rottura dei capillari, od il trasudamento del sangue per varii processi riferibili *alla diminuzione del tono vasale od all'aumento indiretto di pressione circolatoria oppure ad un vizio profondo della crasi sanguigna.* Esclusa quindi da questi processi, la peliosi si appoggia ai fatti della fisiologia sperimentale onde dimostrare che in questa malattie vi entrano come causa i disturbi vaso-motori della circolazione; e dagli studii di Bernard, Brown-Sequard, Schiff, Vulpian, Axman, Eulemburg, Landois, Charcot, Parrot, Rosenthal ed altri, che l'Autore segue nelle loro investigazioni fisio-patologiche, deduce che le lesioni portate dalla peliosi possono trovare il loro punto di derivazione dallo stato semiparalitico « forse di origine periferica » dei nervi che influenzano gli arti inferiori.

D'altronde le alterazioni della sensibilità tattile termica e dolorifica depongono per uno stato nevro-paralitico dei nervi vaso-motori, che si rivengono in altre malattie, tabe dorsali, lebbra dei Greci, emorragie cutanee. Così pure le alterazioni della respirazione cutanea. come furono trovate in questo ammalato, dai fisiologi vengono assegnate a lesione

vaso-motoria, e questo verrebbe provato anche della rapida scomparsa delle effusioni ematiche.

All'Autore dopo le osservazioni fatte da Charcot e Brown-Sequard non sembra per nulla esagerato anche il ritenere di origine nevropatica le artropatie constatate in questo caso clinico, che sarebbero riferite allo stato nevro-paralitico dei nervi vaso-motori della membrana sinoviale, opinione che sarebbe avvalorata da quella del Charcot e del Vulpian; forma questa che l'Autore crede caratteristica della peliosi reumatica e non una semplice concomitanza.

Considerato da ultimo, all'appoggio di molti autori, come le cause reumatizzanti abbiano in questo caso dato luogo ad uno stato nevro-paralitico dei nervi vaso-motori delle estremità inferiori l'Autore addiviene alle seguenti conclusioni:

1.° La peliosi reumatica è una delle forme emorragiche cutanee, distinta clinicamente dalle altre, ed al dire di Hebra è una vera malattia sostantiva.

2.° La peliosi si presenta con fenomeni speciali nervosi che non si riscontrano in altre malattie ad essa affini.

3.° La peliosi non è figlia di alcuna diatesi o discrasia, o il risultato di processi infettivi.

4.° I fenomeni nervosi osservati nell'infermo affetto da peliosi, lo autorizzano a ritenerla prodotta da un disturbo dei nervi vaso-motori « stato nevro-paralitico ».

Sopra un sopra caso di peliosi reumatica. Lettera del dott. GIUSEPPE MARCHIAFAVA al dott. DOMENICO MAJOCCHI. (Roma 1877).

Un giovane di anni 23, sano, dietro un viaggio in un giorno in cui dominava il vento fu preso da brividi e febbre, dolori alle membra principalmente alle estremità inferiori, fisonomia abbattuta, leggieri sintomi gastrici. Gonfiore lieve alle gambe ma più risentito alle articolazioni tibio-tarsiche e sul dorso del piede. Macchie rosso-oscure della grandezza della capocchia di uno spillo a quella di una lente ad ambedue le gambe, che non si dileguavano sotto la pressione, quindi emorragiche.

Dolorabilità alla pressione sulle pareti addominali, polso debole a 70 battute, orine rosso-sporche contenenti albumina in piccola quantità, numerosi globuli rossi, qualche globulo bianco e qualche cilindro jalino. Al terzo giorno sopravvennero dolori addominali intensissimi che durarono dalla sera alla mattina susseguente, senza causa nota. Nei giorni consecutivi i dolori erano scomparsi ma il ventre si mantenne dolente e contratto, le gambe pure dolenti e si verificarono nuovi punti emorragici. Al dodicesimo giorno nuovo accesso di enteralgia, indi miglioramento generale compresovi anche lo stato delle orine; dietro questo presentossi altro periodo di peggioramento che si alternò con miglioramenti fino alla guarigione che si ottenne in 40 giorni.

La cura fu di leggieri dosi di chinino, decozioni di corteccia peruviana, e dieta ricostituente.

Da notarsi in questa storia sono i *dolori gastro-intestinali* e l'*ematuria.*

Già un anno prima, come abbiamo or ora veduto, il dott. Majocchi faceva dipendere la peliosi reumatica da uno stato nevro-paralitico, cui fecero eco Couty, Immerman. Quest'ultimo poi unitamente a Scheby-Buch crede che tali forme neuralgiche dipendano da emorragie avvenute contemporaneamente nella sierosa dello stomaco e delle intestina, ma queste, osserva l'Autore, non si trovano nei morbi emorragici anche più gravi della peliosi.

La ematuria invece si è trovata nelle gravi malattie di porpora e non nella semplice peliosi, ma nel caso descritto dall'Autore la mancanza di altre emorragie, e la sola persistenza dei punti emorragici alle gambe non facevano ammettere un grave disturbo emorofilo delle pelvi o del rene.

L'Autore quindi crede che la peliosi reumatica dipenda da alterazione del simpatico, che ad una nevrosi di questo genere devono legarsi anche le coliche gastro-intestinali, come lo sono, secondo gli ultimi studii, le coliche saturnine; dalla stessa causa ancora dipendono due altri fatti patologici osservati nel suesposto caso cioè la stipsi ed il rallentamento del polso, la prima per l'influenza che lo splancnico esercita nel moto peristaltico, ed il secondo per quella dell'aumento dell'attività moderatrice del vago sui moti del cuore per eccitazione riflessa. Ma qui non è tutto. Anche l'albuminuria e l'ematuria, l'Autore non le vorrebbe causate dalla nefrite catarrale, ma le subordinerebbe pure al disturbo primitivo di innervazione del simpatico, cioè di una paralisi vaso-motoria appoggiandosi su ciò all'asserzione di Stokwis e all'esperienza di Wittich, Schiff, Longet e Bernard, e per l'albuminuria agli studii di Cohnheim.

Rara forma di neo pigmentario diffuso su tutta la superficie cutanea; del dott. Tommaso De Amicis. (Napoli, Estratto dal *Mov. Med. Chirurgico*, N. 29 e 30).

L'esposizione di questo caso è preceduta da considerazioni sulla sua denominazione, divisione, distribuzione ai varii punti della superficie cutanea, e sua frequenza.

Il soggetto ne è una giovane di anni 17, avente tre sorelle e cinque fratelli senza alterazione di sorta alla cute Ella stessa fu sempre sana, meno che ebbe ad essere infetta pochi mesi prima da sifilide.

L'alterazione che presenta è congenita. Essa consiste in centinaia di macchie pigmentate in bruno verdastro sulla regione frontale temporale e delle guancie. Queste macchie hanno la grandezza da un capocchio di spillo ad una grossa lente, sono rilevate a guisa di eminenze verrucoidi ed in massima parte coperte da peli neri bene svilup-

pati. Le regioni cervicali sono libere, solo anteriormente rare macchie dello stesso genere si osservano in questa regione.

Negli arti superiori, e nelle regioni anteriori e posteriori del torace le macchie sono innumerevoli principalmente alle braccia e presentano la grandezza di una moneta da cinque a dieci centesimi. Alcune di esse sono semplici macchie ipercromiche liscie e senza peli, nè rilevatezza, altre sono pelose rilevate sulla cute al foro d'uscita del pelo. Le regioni dorso-lombare, sacrale, quelle delle natiche, l'addominale inferiore e l'anterior superiore della coscia sinistra sono tutte occupate da una pigmentazione di notevole estensione, la quale non è simmetrica da un lato e dall'altro, ma predominante a sinistra e delineate come segue. Partendo da due dita trasverse al disotto dell'angolo scapolare sinistro si segue a destra una linea che discendendo in basso, contorna la cresta iliaca anterior superiore va verso la parte media della piegatura dell'inguine e ripiegandosi in fuori lascia come una lingua sporgente il cui lato inferiore si prolunga indietro e segue il livello inferiore della natica destra per riunirsi all'ano con la metà opposta. Dall'altro lato la linea di demarcazione dorsale discende obliquamente sino a 4 dita trasverse al disopra della cresta iliaca, si dirige verso l'ombelico da cui ne rimane distante circa due dita trasverse, passa obliquamente la linea alba, discende in basso verso la regione inguinale destra, di rincontro all'altro margine già descritto, e da cui è separata da poco più di un grosso dito trasverso, quivi forma anche un angolo ottuso e si ripiega nelle regioni genitali. In questo luogo la pigmentazione occupa la regione del pube fino alla commissura superiore delle grandi labbra, si estende a tutta la faccia esterna del gran labbro destro, mentre a sinistra impegna anche la faccia interna; rimangono libere le ninfe, nella cui parte interna, come anche nella fossetta, la mucosa vedesi di un colorito normale; la pigmentazione si estende nella regione perineale ed occupa la mucosa dell'ano, e nella parte posteriore della coscia il suo livello è più in basso che a destra, discendendo anteriormente sino al livello del terzo inferiore della coscia. Tutte le regioni comprese in questa circoscrizione sono di un colorito bruno-nerastro più o meno fosco, con peli per la maggior parte bene sviluppati e più fitti che altrove.

La cute in generale è molle, liscia come quella dei negri, con tessuto adiposo molle ed abbondante. Nelle regioni sacrali massime a sinistra forma varie ondulazioni che circoscrivono eminenze globose più o meno rilevate, di cui la più grande sta sopra la cresta iliaca sinistra ed è di forma oblunga misurando otto dita trasverse di lunghezza per quattro di larghezza; è più molle delle altre parti ed è liscia nella superficie e senza peli.





Sugli arti inferiori sonvi numerosi nei miliari, lenticolari, e nummulari provvisti di peli come negli arti superiori, ma di maggiore grandezza; la pianta dei piedi ne va esente, mentre se ne osserva una nel palmo della mano sinistra grande come una moneta da cinque centesimi, di tessuto molle cedevole e il derma circostante invece è consistente. Nessuna alterazione nella sensibilità.

Dall'esame di un piccolo pezzo di cute macchiata esportato risulta che vi ha discreta pigmentazione dello strato di Malpighi, pigmentazione ed iperplasia del derma, mentre (particolarità propria a questo caso) lo strato papillare è perfettamente incolore ed è separato dallo strato profondo ed orizzontale del derma da una zona di tessuto che non ha pigmentazione di sorta.

Questo esempio quindi comprende tutte le possibili anomalie di pigmentazione dalla *semplice macula iperemica* al *neo lipomatode* o *mollusciforme* avvicinantesi molto al sarcoma, per cui l'Autore non mette fuori di evenienza che col progredire succeda dell'età tarda la trasformazione di qualche punto in sarcoma.

L'Autore basandosi al modo di manifestazione e dalla configurazione di questo neo, non lo vorrebbe legato a determinati territorii nervosi, lo riterrebbe un' alterazione trofica, e trova giusta l'opinione di Oscar Simon che bisogna « accettare con molta circospezione il rapporto dei nervi col neo » riterrebbe la cosa più frequente nelle forme di neo vascolare, ed in altre classi di malattie cutanee; ammette nel caso suo la possibilità e la probabilità di un' influenza nervosa, ma fino ad ora non si hanno prove anatomiche per dirlo con certezza, perchè la loro disposizione non è in rapporto solamente col decorso delle diramazioni nervose, ma anche colle linee papillari e colla divisione dei vasi e dei follicoli. Per cui conclude che nella patogenesi di simili morbosità vi ha ancora del mistero.

Di una singolare alterazione pigmentaria verrucosa e lipomatosa congenita; del prof. Angelo Scarenzio. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Il prof. Scarenzio leggeva nell'adunanza del 22 febbraio 1877, dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, intorno ad un caso di deformità cutanea consimile all'ora esposta e di cui pochi casi possiede la scienza. Il soggetto ne è un contadino montanaro di 21 anni circa, abbastanza ben sviluppato fisicamente e discretamente nell'intelligenza. La madre di questo giovane nella gravidanza di questo suo figlio ebbe a soffrire alcuni disturbi simpatici di stomaco, e quanto a disturbi morali era stata contrariata in una sua *voglia* di cibarsi una volta di una data qualità di alimento, ciò che le produsse grande impressione. Il paziente presentatosi alla clinica del prof. Scarenzio è alto metri 1,76; dalle misure craniometriche risulta la capacità cranica normale; presenta il viso tempestato da un grande numero di macchiette di colore caffè sbiadito al nero, alcune liscie altre rilevate, rugose e pelose. Sul tronco tali macchie si presentano

proporzionatamente in minor numero, con eguali caratteri, ma di maggior dimensione, finchè arrivando posteriormente verso l'angolo inferiore delle scapole spicca a punta una grande macchia di colore nero-olivastro che allargandosi copre i lombi, le natiche e la parte posteriore delle coscie, circondando la inferiore del tronco dall'ombelico in giù, non



che porzione delle coscie stesse. Questa macchia, rilevata, rugosa, ricoperta di peli in quella grande estensione è un gran neo dell'istesso colore e forma di quelli disseminati pel corpo. Due di queste macchie riscontransi anche sulla mucosa del glande in prossimità dell'uretra. Il

colorito del restante della pelle e delle mucose era normale. Pigmentazione più pronunciata della coroidea. L'estesiometria dà per risultato diminuzione della sensibilità nella parte sinistra sui punti pigmentati, e all' inverso invece nella parte destra. Sensibilità dolorifica molto diminuita a destra. Quest' individuo presentava inoltre un vasto tumore bilobato alla natica destra del diametro verticale di 32 centimetri; del trasverso di 42, con un' altezza di 12; un altro più piccolo in vicinanza all'ano al disotto del perineo; ed un terzo del volume di un uovo di struzzo al fianco sinistro.

Come esempii di simili casi l'Autore ricorda quelli di Walther, uno conservato alla Maternità di Milano, uno descritto dal prof. Orsi, un altro dal Manassei, ed in una successiva adunanza dell' Istituto faceva risaltare la grande rassomiglianza fra il suo caso e quello del dott. De Amicis, per cui accresce valore alla sua conclusione: che se gli ultimi casi e le ultime investigazioni in proposito degli Autori tendono a mostrare svilupparsi queste affezioni in dati territorii della sfera vasomotoria, non bisogna meravigliare se una gestante come in seguito a vive impressioni morali partorisce bambini affetti da convulsioni, possa anche averne altri affetti da alterazioni in una diversa sfera del sistema nervoso. Quest' alterazione di pelle poi, presentatasi in modo sì rilevante senza che vi entri la razza etiopica, può anche far propendere verso l'opinione di coloro che ammettono la unicità della razza umana.

Su di un caso di neo verrucoso pigmentario peloso congenito. Comunicazione fatta all'Accademia Medica di Roma dal socio dott. Casimiro Manassei. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Riportati dall'Autore varii casi che trovansi nella storia di questa deformità, colle sue varie nomenclature; detto come siano quasi sempre congeniti e talvolta ereditarii, come alcuni fatti tenderebbero a deporre favorevolmente sulla loro dipendenza da impressioni avute nella gravidanza dalla madre, descrive il caso.

Eccolo: « Si tratta di un esteso *neo pigmentario verrucoso e peloso*, che dalla parte media del dorso, dalla regione infrascapolare discende obliquamente da ambo i lati per riunirsi nella linea mediana del ventre; nella parte posteriore del tronco discende fino al coccige, da dove guadagnando l'esterna faccia dell' ileo va a terminare da ambo i lati al mezzo del pube, formando un panno continuo. Il colorito del neo è di nero inchiostro della China nella parte posteriore del tronco, la dove è guarnito di maggiori peli; è lucente nel mezzo del dorso, dove veggonsi disperse delle tuberosità rare, taluna maggiore della grandezza di un cece, altre più piccole; ivi l'epidermide vedesi sollevata in piccole squammette aderenti per un lembo, untuose al tatto in ispecie verso i fianchi ».

« La porzione dorsale del gran neo sopratutto è circondanta da folti finissimi peli della lunghezza di un pollice circa, di color castagno scuro, simili a quelli del capo, anche essi numerosi, inclinati, formanti dei vortici nella linea mediana; meno numerosi verso il centro, dove il neo è

solo pigmentario, lucente. Sui fianchi e nella faccia ventrale i peli sono più rari, meno lunghi, il colorito della pelle meno pigmentato. Le parti genitali sono comprese nel neo ».

Altri nèi simili a questo ma più piccoli sono qua e là distribuiti sulla superficie cutanea, due però più grandi esistono alle braccia e sono tutti pelosi.

L'Autore fra le teorie varie sulla formazione di queste deformità crede più veritiera quella di Baerensprung cioè che dipenda dal sistema nervoso trofico, ed i vascolari dal sistema trofico e dal vaso-motore, e principalmente dalla predisposizione di alcuni territorii nervosi; che nel caso presente bisognerebbe ammettere l'alterazione, irritativa o di altro qualunque genere, nella massima parte dei ganglii spinali, o nelle espansioni territoriali periferiche dei medesimi.

Questo caso inoltre, secondo l'Autore, sarebbe contrario alla credenza che vi entrasse come causa un' impressione ricevata nella gravidanza dalla madre, perchè questa bensì ebbe a spaventarsi per un cane di pelo nero, in modo da ritenerne per molto tempo la cattiva impressione, ma questo sarebbe successo già dopo il quarto mese e mezzo di gravidanza, epoca in cui i tegumenti del feto erano già compiuti.

Sul nigrismo; del dott. Woronichin di Pietroburgo. (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, Bd. XI, 6 settembre 1877).

Sono due casi di nigrizie parziale.

Osserv. I.ª — Un giovanetto sano e ben costituito, presentava al piede sinistro, a 2 centimetri del disopra dei malleoli una pigmentazione nera che ascendeva fino alla coscia per l'estensione di 25 centimetri. La pigmentazione invadeva inoltre una parte della regione pubica sinistra lasciando illeso lo scroto ed il pene. La faccia interna della gamba era di colore meno carico. Alla palpazione la pelle del piede sinistro pigmentata sembrava più dura che quella del piede destro. Alla sua superficie, si vedeva un gran numero di macchie di color chiaro da cui risultavano delle inegualità della pelle. All'esame della coroidea fu impossibile constatare la più piccola anomalia di pigmentazione.

Osserv. II.ª — Un bambino di 2 anni e mesi 10, portava sul dorso una larga macchia nera che si estendeva dalla 10ª vertebra dorsale fino alla 3ª lombare per una lunghezza di 11 centimetri, e per una larghezza di 12. Alla parte superiore ed inferiore di questa macchia eranvi dei lunghi peli setolosi.

Di un caso di donna barbuta; del dott. Luigi Duhring. (*Archiv. of. Dermat. and syphil.* marzo 1877).

L'Autore illustra un caso di una donna di 23 anni la quale presentava barba e mustacchi molto sviluppati come potrebbe avere un uomo. Questi avevano la lunghezza di mezzo pollice e quella, come i peli alle gote, di 4 a 5 pollici. Essi erano di color nero e ricciuti e presentavano un tutt'assieme di una bella barba fatta. Presentava pure quest'individuo peli in mezzo alle spalle principalmente ai lati delle

vertebre dorsali. Il collo posteriormente ne era affatto libero. Peli meno robusti e più rari esistevano sul dorso ed ai lati del tronco; quelli della parte sotto ascellare erano normali; le mammelle e l'ombelico affatto nudi. Il pube ne era provvisto, invece se ne riscontravano sulle coscie e sulle gambe nella parte posteriore che ne erano affatto coperte ma in queste località i peli somigliavano ad una lanuggine lunga. La pelle delle braccia della coscia e delle gambe nella parte anteriore era ruvida e secca, e i follicoli dei peli chiusi, con ammassi di epidermide disseccata di forma conica. Il colore generale era bruno gialliccio.

È notevole come in questo fatto nulla di simile si fosse notato nei genitori, nè circa alcun'altra influenza ereditaria, o ad impressioni nella madre.

Come pure è a notarsi che in tutto il resto l'individuo serbava le apparenze femminili, nella voce, nello sguardo, nel morale e nel fisico in genere.

La lanuggine alla faccia fu in essa congenita, mentre i peli del resto del corpo le comparvero colla pubertà. Fu mestruata a 14 anni, le mammelle crebbero non molto ma raggiunsero un volume medio. A 16 anni si maritò ed ebbe due figli sani e senza alcuna alterazione sulla pelle.

L'Autore in questo caso suggerì come mezzo terapeutico l'uso giornaliero del rasojo.

Ciocca di capelli bianchi alla fronte, congenita ed ereditaria. Nota del prof. Francesco Rizzoli (*Bullettino delle Scienze Mediche.* Bologna 1877).

Il prof. Rizzoli pubblica uno specchietto genealogico curioso di individui di una famiglia che furono affetti dalla comparsa di una ciocca di capelli bianchi. Noi non sapremmo come meglio darne conto ai lettori che riproducendo integralmente il detto specchio, tolto dall'Ufficio di Stato Civile di Imola, dove lodevolmente (come osserva l'Autore) si prende nota di qualsiasi congenita od ereditaria anomalia che possa meritare di essere ricordata:

Discendenti di N. N. Bianconcini da Veggio (Prov. di Ravenna) dei quali molti dimoranti ora in Imola (1876) portano ereditaria sulla fronte una *ciocca di capelli bianchi*.

Segni convenzionali.

Il segno * precede il nome degli individui con *ciocca bianca*
Il segno † segna il nome dei defunti.

I. Età. * N. N. Bianconcini † conj. a ?

II. Età. * Giacomo Bianconcini 1720 † conj. a ?

III. Età. * Giovanni Bianconcini 1760 † N. N. † conj. a ?

IV. Età.

- Vincenzo 1804 †
- * Paolo 1800 † conjug a Nollini Maria
  - **V. Età.** * Annunciata 1830
  - * Carolina 1838 conjug. a Dal Re Angelo
    - **VI. Età.** * Rosa 1869 (sordo-muta) — Chiara 1873 — Bartola 1875
  - * Margherita 1844
    - * Marianna 1870 (figlia naturale)
  - Adelaide 1832 conjug. a Sgatti Raffaele
    - Annunciata 1861 — Maria 1863 — Arturo 1868
  - * Gaetano 1835
- * Antonia 1816 † conjug. a Campagnoli Domenico
  - * Andrea † conjug. a Cornazzani Marianna
    - Domenico 1864 — Maria 1866 — * Andrea 1867
  - * Vincenzo conjug. a Cornazzani Marianna vedova di Andrea Campagnoli
    - * Ida 1869 — * Ercole 1870 — Antonio 1871 † — Arturo 1874 — Giuseppe 1875 — Luciano 1875
  - * Francesco conjug. a Castellari Maria
    - Alessandro 1856 — * Giuseppe † — Maria 1858 — * Giuseppe † — * Virginia 1860
  - Giovanni conjug a Ceroni Angela (famiglia emigrata a S. Pier d'Arena 1872)
    - Domenico 1866 — Amelia 1869 ? — Ercole ?
  - Antonio conj. a ? (famiglia emigrata a Genova 1860)
    - Matilde 1863 † — Annibale 1864
- Basilio 1798 † conjug. a Fasini Rosa
  - Luigia 1822 † — Teresa 1820 † — Giovanni 1824 †

Due casi ribelli di eczema rubrum curati e guariti colla tintura di mais-guasto; del dott. A. C. Benazzi. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. 2°, 1877).

Il dott. Benazzi riferisce due casi di eczema rubrum guariti in seguito alla somministrazione della tintura di zea mais-guasto adoperata per uso interno. In un caso la malattia aveva cominciato da cinque anni, in punti limitati alle narici, ma gradatamente andò estendendosi in modo o che quando l'ammalata si presentò all'Autore tutta la cute della faccia era tumida e rossa, meno l'orecchio destro, la metà della guancia, la regione mascellare inferiore ed il collo dello stesso lato, tutto il resto era invaso dalla dermopatia la quale si arrestava alla radice dei capelli in alto e posteriormente, ed in basso si perdeva con una linea irregolare alla regione sopra clavicolare sinistra. La paziente aveva già praticate moltissime cure dalle più razionali alle empiriche senza risultato. L'Autore cominciò coll'amministrare le acque di Carlsbad per 15 giorni onde migliorare le condizioni gastriche ed intestinali, indi propinò la tintura di mais cominciando da mezza cucchiajata mattina e sera e portandola in 2 settimane a cinque. Dovette sospendere per qualche giorno il rimedio per disturbi gastrici causati dall'abuso fattone dall'ammalata, indi lo riprese e lo portò a tre cucchiajate al giorno fino a guarigione avvènuta in 82 giorni.

Nel secondo caso la malattia durava da 7 anni. L'eruzione occupava la faccia dorsale delle mani e delle dita, dapprima guariva nei mesi di estate, ma poi negli ultimi due anni non era mai scomparsa del tutto; non aveva mai subito cura di sorta. L'Autore amministrò dapprima le pillole Blanchard, indi il liquore del Fowler, per uso interno; localmente i mercuriali, e la potassa caustica ma con nessun vantaggio. Allora prescrisse mezza cucchiajata mattina e sera di tintura di mais-guasto cui dovette, per farlo tollerare allo stomaco, aggiungere qualche goccia di tintura tebaica, portando il rimedio fino a tre cucchiai al giorno, confortandone pure l'azione con pennellature coll'olio di mais sulle parti ammalate. La cura durò 4 mesi. Al secondo eravi già modificazione nell'eruzione, al terzo non restavano che le macchie rosse. L'ammalata fu licenziata colle parti già ammalate ritornate allo stato fisiologico.

L'eczema. Tesi letta e sostenuta da E. Paola. (Catania 1876).

L'Autore nel concorso per esame a docente di dermatologia e sifilografia nell'Università di Catania trattava sulla tesi estratta dalla commissione l'eczema.

Dopo avere parlato della frequenza somma di questa malattia fra le dermopatie, tratta della definizione che, secondo lui, dovrebbe fondarsi sull'elemento patogenetico, per cui egli fece le varie proposte definirebbe l'eczema « *un catarro cutaneo pruriginoso a decorso acuto o cronico, la cui forma clinica è caratterizzata da un infiltramento quasi sempre seguito da essudato e da piccole papule rosse di una durata effimera, che ordinariamente si trasformano in vescichette ammucchiate*, e ta-

lora anche in pustole non contagiose, e la forma secondaria è caratterizzata da croste, squame, e punti rossi ed infiltrati ».

Quanto alla classificazione dell'eczema l'Autore preferirebbe quella fondata sull'anatomia patologica, e distinguerebbe la forma processuale dalla specie, per cui vi sarebbero più forme di eczema semplice e composto, ma sempre una specie sola.

1.° Forme.

a) Forme semplici: eczema vescicoloso — varietà: eczema solare; eczema rosso.

b) Forme composte: eczema papulo-vescicolare (eczema lichenoide); eczema vescicolo pustoloso (eczema impetigginoso).

2.° Specie: eczema parassitario; eczema marginato.

Trattando delle forme cliniche dell'eczema lo divide in eczema acuto ed eczema cronico.

Nella sintomatologia del primo descrive minutamente i caratteri, della forma vescicolare, della rossa, della papulosa, della pustolosa. Nell'eczema cronico descrive quello della cute del capo, dell'orecchio, del volto, della fronte, dell'arco sopracigliare, delle palpebre, della cute del naso, delle labbra, della parte del volto coperta di peli, del mento, collo e nuca, del capezzolo, dell'ombelico, degli organi sessuali maschili, dello scroto, ecc.

Nella specie parla dell'eczema marginato o parassitario principalmente in riguardo ai caratteri microscopici del parassita.

Nel diagnostico fa risaltare come possa l'eczema vescicolare assomigliare all'herpes, alla miliare cristallina ed alla scabbie, ma in queste malattie vi sono caratteri tali da poterlo facilmente distinguere, ciò dicasi dell'eczema papuloso riguardo al lichen, del pustoloso all'impetiggine, della forma squamosa alla psoriasi.

Esposti quindi la durata ed il pronostico viene a parlare dell'eziologia.

Vi è l'eczema *idiopatico* da cause dirette esterne, eccitanti, irritanti locali, ed il *sintomatico*. Il primo oltre alle cause già mentovate può essere prodotto anche dal tricofito tonsurans. Il sintomatico può essere causato da tre momenti eziologici: 1.° Da alcune condizioni generali la cui azione è ignota (temperamento, età, sesso, clima, stagioni, alimentazione). 2.° Da altre particolari dell'organismo sano od ammalato (gravidanza, mestruazioni, clorosi, isterismo, catarri gastrici, ecc.). 3.° Da discrasie umorali (pirocrasi, scrofola, erpetismo, artritismo, sifilide). Fermasi l'Autore ad esaminare questi ultimi vizii discrasici, scrofola, erpetismo e sifilide, e conchiude che non si può ammettere che un' eczema si sviluppi in un individuo scrofoloso perchè favorito da questa diatesi; che non essendo definita la forma clinica del processo erpetico non può ammettersi neppure la forma clinica dell'eczema erpetico, che l'artritismo può solo influenzare la comparsa dell'eczema, e che l'eczema non mai può essere sifilitico nè deve confondersi colla sifilide vescicolare.

Nell'anatomia patologica dell' eczema descrive i varii reperti degli Autori.

Per la cura raccomanda di guardarsi bene dall'empirismo, ma di seguire scrupolosamente il razionalismo, epperò è duopo distinguere le cause, le forme e gli stadii del processo morboso. Così per l'eczema dipendente da lesioni organiche o condizioni morbose generali egli è a queste che bisogna rimediare. Nella cura locale bisogna ben distinguere lo stadio acuto dal cronico. Nel primo la miglior cura è l'aspettante, tutto al più si può tentare di scemare l' irritazione, e solo in seguito adoperare gli unguenti e le pomate generalmente proposte. Nel primo periodo dell'eczema cronico, convengono i calmanti, e la copertura della parte col caoutchouc; nel secondo se vi è ancora irritazione le polveri assorbenti, o gli empiastri di litargirio, zinco, piombo, ecc. Nell' ultimo stadio gli astringenti.

Storia di polimorfa successiva; del prof. Pietro Gamberini. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Un facchino di 69 anni, soggetto a catarri bronchiali ostinati, e dedito molto agli alcoolici, si ammala nel 1872 per ascesso flemmonoso alla gamba sinistra, il quale guarisce in 15 giorni. Più tardi vien preso da pemfigo, guarisce in 68 giorni, indi fa 30 bagni della Porretta ma dopo 2 o 3 mesi l'eruzione si ripete.

Appena guarito di questa ne compare un' altra caratterizzata per impetiggine e che dura un mese e mezzo. Nel settembre 1876 vien preso da febbre a freddo, che dopo 3 o 4 giorni cede senza aver mai provocato sudore (il paziente anche prima di ammalarsi ad onta delle fatiche cui si sottoponeva non aveva mai sudato). Durante questa si ripete l'eruzione antica massime alla gamba sinistra, che ha i caratteri di impetiggine. Dopo poco tempo scomparsa questa si manifestano attorno alla testa, come corona, agli angoli della mandibola, ed alle braccia delle piccole prominenze a punta, rosse alla base e coll'estremità gialla molto avvicinate che rompendosi danno luogo a croste confluenti giallo-verdastre e rugose. Migliorato alquanto si formano sul dorso del piede delle vescicole che danno luogo a vegetazioni papillari, le quali si ingrandiscono e si estendono da presentare una sezione di cavolfiore della grandezza di circa un pezzo da 5 lire, e da' cui solchi interposti escono vermicelli gialli. Guarito il capillizio dietro le orecchie sortono moltissimi dei già notati rialzi cutanei che scomparendo lasciano un' iperplasia di tutti gli elementi della cute, ma principalmente del tessuto connettivo, dimodochè dietro l'orecchio destro, dove questi erano stati più confluenti, resta all' ammalato la pelle disposta a festoni con solchi pronunciatissimi, uno dei quali molto profondo con due superfici granulanti fra i lembi, forma detta del Wilson *dermatolisi ipertrofica*.

Venne curato cogli alcalini, gli amari, la buona dieta, ed i pediluvii nitro-muriatici, i quali apportarono i maggiori beneficii.

Tre casi clinici nuovi di mycosis fungoides di Alibert; del professore V. TANTURRI, con tavole. (*Il Morgagni*, gennaio, febbraio e marzo 1877).

La bibliografia che riguarda questa affezione è raccolta con molta cura dall'Autore, e comincia dal 1832 terminando col 1876. — Alibert le diede il nome di mycosis fungoides, facendone una malattia indipendente, Bazin pure le mantiene tale denominazione sebbene altri autori in Francia ed in Germania le avessero dato altra denominazione cercando di classificarla altrimenti. L'Autore prende occasione della descrizione minuta e particolareggiata di tre casi di mycosis per raccoglierne altri 24 di cui dà il resoconto. La prima è di Alibert, la seconda e la terza di Hardy, la quarta e la quinta sono di Bazin, la sesta di Gherardt, la settima di Virchow, l'ottava di Gillet, la nona di Landouzy, la decima di Debove, l'undecima e la dodicesima di Charpy, la tredicesima e quattordicesima di Auspitz, la quindicesima di Demage, la diciasettesima e diciottesima di Hans Hebra, la dicianovesima pubblicata dal giornale Broch, New-York 1872, la ventesima di Engelstedt, la ventunesima di Port, la ventiquattresima di Guibout, e la sedicesima, ventiduesima e ventitreesima vengono pubblicate dal prof. Tanturri. Sono desse così interessanti che è prezzo dell'opera riassumerle il meglio possibile. La prima (sedicesima) si riferisce ad un maestro di canto, di anni 53, che ebbe la madre morta di cancro; tre anni prima soffrì di eczema quasi generale, che fu seguita da un' eruzione di tumori in diverse sedi, e che si svilupparono con grande rapidità, essendosi dappoi ulcerati. Nella descrizione dello *stato attuale* rilevasi come quasi tutta la superficie cutanea di questo ammalato fosse coperta di tumori più o meno grandi, posti su pelle rossa coperta da squamme laminose, sottili, che sono più o meno intense secondo le località; fino a formare delle croste rilevate e separate fra loro da solchi profondi. L'aspetto dei tumori è vario. Di grandezza della noce avellana fino a quella di un pomidoro, sono quasi tutti semisferici, o di configurazione la più strana; sessili alcuni, altri peduncolati, alcuni coperti da cute integra, la maggior parte ulcerati sono questi i più grandi e secernono una sostanza grigiastra umida e fetidissima, e siedono principalmente alle braccia. Croste ed infiltramenti duri si riscontrano alla faccia e nel cuoio capelluto ed alcune secernenti pus; così mano mano seguendo l'Autore nella sua descrizione si rileva che tutta la superficie del corpo coperta da cotesta ora più ora meno grave alterazione cutanea. Il sistema glandulare alle ascelle, l'inguinale e l'occipitale è pure ingrossato, ma liscio ed indolente. L'escisione di due tumori al braccio sinistro uno della grandezza di un fagiuolo e l'altro molto più voluminoso prova che la sensibilità è quasi abolita. Questo ammalato morì dopo 26 giorni di degenza per fenomeni d' infezione.

L'autopsia non venne praticata. I tumori escisi però diedero al microscopio i seguenti risultati « Mancante lo strato epidermoidale esterno, strato lucido alquanto ispessito con cellule appiattite ed allungate; rete

malpighiana normale, la parte di essa che penetra nello stroma più profonda o più larga; in altri luoghi più sottile, più breve o scomparsa affatto. Subito al disotto dello strato basale delle cellule a palizzata si vede una infiltrazione compatta di altre, le quali penetrano in una rete finissima che si estende dalla estremità superiore alle papille per tutta la spessezza del corion. Glandole cutanee, follicoli piliferi completamente mancanti, vasi sullo strato papillare apparenti in qualche punto più profondamente sullo strato reticolare; residui di canali glandolari sudoripari del gomitolo separati ed involti dalla infiltrazione che si estende ai grandi fasci collageni, i quali sono pure involti e separati dalla compatta massa di elementi neoformati, in parte scomparsi per la infiltrazione che ne ha preso il posto. Nello stroma grande quantità di cellule rotonde, nucleate, granulose, tanto strette tra loro che è difficile discernerne i contorni, dove la infiltrazione è riescita però trasparente si veggono cellule rotonde, nucleate, e nuclei anche rotondi nucleolati, alcune cellule danno nascenza a prolungamenti numerosi da acquistare l'aspetto stellato completo od incompleto; i quali prolungamenti arrivano in contatto gli uni cogli altri e penetrano nello stroma unitivo ispessito; anche le cellule piatte in direzione paralella delle fibre presentansi egualmente tumide ed ingrandite, ed alcune in via di proliferazione. In questa parte papillare della pelle, non si osservano vasi nè glandole sebacee, nè canail di sbocco delle glandole sudoripare. In una delle preparazioni le cellule del corion hanno una forma generalmente rotonda, più eguali, tutte fornite di nucleo, granulose finamente; esse si trovano rinchiuse nelle maglie di fibre sottilissime dello stroma, il quale ha manifesto il carattere del tessuto linfoadenoide non solo per la esistenza del reticolo, ma per il carattere linfatico delle cellule che vi sono contenute. In verun punto si osservano prolungamenti nelle cellule, e cellule stellate, nè veruna cellula piatta del tessuto unitivo. La infiltrazione adenoide compatta si estende nella spessezza del corion, ove il reticolo non è apparente per essersi conservati tutti gli elementi, il loro carattere linfatico è manifesto e si riconosce in qual modo i canali gomitolari sono separati ed allontanati tra di loro dalla enorme massa di nuovi elementi cellulari.

« La parte profonda del corion presenta i fasci collageni voluminosi, alquanto tumidi, succulenti, circondati e separati dalla infiltrazione di cellule, vi sono punti ove essi mancano per la eccessiva formazione di cellule.

« In questa sede le cellule rotonde sono scarse, predominano quelle che sono ramificate, le stellate e le allungate, avendo una distribuzione a focolai, prevalgono nella pertinenza di vasi, ed è significante la iperplasia di tessuto fibroso in fasci singolari interposti agli accumuli di cellule anche tra fasci più voluminosi, ciò che è indizio sicuro dell'inoltrato processo morboso in questa regione.

La seconda osservazione si riferisce ad un perito campestre, uomo di anni 54. Da tre anni data il morbo cutaneo. Cominciò con macchie rosso carico che crebbero e si accompagnarono da molto prurito e da trasudamento che poi coprivasi di croste. Queste mano mano si svilupparono talmente sotto l'aspetto di eczema rubrum che dopo un' anno il paziente dovè guardare il letto.

Dopo tre anni di persistenza più o meno grave in tale stato, si formarono placche circoscritte infiltrate, ed allorchè l'ammalato entrò nella clinica ne era presa tutta la cute meno il cuoio capelluto, quasi tutta la faccia, le mani, le gambe ed i piedi. Nel complesso presentava l'aspetto dell'*eczema rubrum* e papuloso, però vi erano molti nodi di varia dimenzione, da quella di una moneta di uno a cinque centesimi, ed anche di uno scudo; e di efflorescenze qua e là più o meno rilevate ma delle quali sulla regione toracica della grandezza del palmo della mano.

Le glandole inguino-crurali erano ipertrofiche dure, indolenti mobili e libere dalla cute, nella regione sottomascellare se ne sentiva una della grossezza di un uovo, ed un' altra di una amandorla.

Nel tempo di degenza del malato in clinica, che fu di 4 mesi e mezzo venne sottoposto a cura arsenicale, provò fasi varie di aumento e di regresso, sempre però accompagnate da prurito. Si può dire che la cura non ebbe influenza alcuna nè gli produsse accidenti di sorta.

Nella terza osservazione trattasi di un uomo di 66 anni, che aveva goduto sempre buona salute. Si ammalava nel 1875 per prurigine alle gambe, che gli produsse escoriazioni, efflorescenze, macchie e placche che andavano estendendosi. Allora fece la cura dei bagni di Telese, ma durante questi gli si svilupparono tumori numerosi di diversa grandezza in varie sedi, che poi moltiplicaronsi maggiormente, mostrandosi molto vascolari e facili ad ulcerarsi; alcuni raggiunsero la forma e la grandezza di una mela. Varii di essi erano piatti, altri globati, o di forme irregolari; uno sul lato del collo sorgeva come uno sperone ed era della lunghezza di 7 centimetri circa, e come succedeva di altri era esulcerato. Sulle parti laterali del collo, sul tronco, sulle braccia esistevano di simili tumori per lo più di consistenza molle e vascolare, e dei quali la maggior parte erano insensibili al tatto. La cute del tronco presentavasi iperemica, infiltrata e con leggiera disquamazione. In un' anno circa l' ammalato peggiorava moltissimo, perocchè oltre all' essergli cresciuti in numero le neoformazioni le quali oltrepassarono in complesso quello di 200, colse l' infermo anoressia completa, prostrazione generale, febbri notturne, e frequenti lipotimie.

Patogenia ed istologia patologica. — Le osservazioni di cui sopra presentano caratteri comuni, meno alcuni che non si potrebbero chiamare, come dice l'Autore, casi di mycosis fungoides lettigimi, e difatti dal riassunto dei fenomeni patologici si può dire che tali sono quelli di Auspitz, Landouzy e di Demage, non che uno di Bazin in cui all'esame del pezzo si riscontrarono i caratteri del linfadenoma.

Il *decorso* è ordinariamente cronico, sebbene le forme primitive abbiano avuta una evoluzione rapidissima.

Prognosi letale.

Diagnosi. — Nel principio si hanno i caratteri dell'eczema, dappoi chiariscono il diagnostico l'infiltramento, le circoscritte tumefazioni semiglobose, secernenti disquamantesi e prurigginose; e che in ultimo si rammoliscono, si riassorbono, o si ulcerano. Lo stato delle glandole non ha alcun valore, ne lo hanno le ricerche fatte dall'Autore sul sangue.

La mycosis fungoides si distingue dal *sarcoma globo-cellulare linfadenoide* per il decorso e dai sintomi collaterali, e dalla forma di *leproдermia* per le manifestazioni collaterali nelle mucose.

L'*eziologia* è oscura; la sola sifilide trovossi frequentemente pregressa.

Terapia. — Nessun rimedio, nè metodo sicuro.

Ecco in breve le conclusioni del prof. Tanturri:

La mycosis fungoides merita di essere riconosciuta come malattia indipendente pel suo processo anatomo-patologico. Dalle indagini di Köbner risulta che in un tumore da esso esaminato trovò il taglio trasversale rosso, spesso ricco di vasi, con la epidermide, la terza parte del tumore era fatta dal corpo papillare; nell'interno una massa fibrosa, compatta, molto edematosa e tra le due una parte grigia di passaggio molto resistente quasi lassa e più omogenea. Al microscopio si trovò l'epidermide inalterata, le papille molto dilatate, i loro corpuscoli del tessuto unitivo moltiplicati ed ingranditi. Il corpo papillare riempito di innumerevoli cellule piccole, rotonde ovulari e fusate di cui ciascuna già fusa dalla divisione conteneva sino a 4 nuclei rifrangenti la luce. L'acido acetico scioglieva la loro membrana.

La sostanza intercellulare era trasparente omogenea, esisteva grasso nel tessuto unitivo, e gran numero di nuclei liberi, scomparse le fibre elastiche e molti vasi. Insomma l'alterazione era un processo di granulazione con alterazione del tessuto cutaneo.

Virchow accoglie questo risultato. Ora però è chiaro che le cellule provenienti dai vasi vi entrano come momento principale, preceduta la loro formazione *in loco* da uno stato infiammatorio essudativo.

Ulteriormente si conobbe che oltre a questa proliferazione vi ha pure una produzione linfadenoide eteroplastica per il tessuto della pelle dove manca la istomatrice diretta di tessuto linfatico.

Il tessuto di granulazione e la struttura di tessuto linfatico esiste sempre e Demage forse ebbe a fare una ricerca insufficiente dove non la trovò. L'Autore non può accogliere come giusta la divisione di Charpy di *mycosis papillare* ed *iperplastica* o *lichen ipertroficus* perchè questo si è una vera forma di processo infiammatorio senza metamorfosi eteroclita. Ciò dicasi anche della *placca lichenoide* di alcuni francesi.

Kerion dei Greci. Studi anatomo-patologici del dott. Domenico Majocchi. (Comunicazione preventiva, Roma 1877).

Il nome di Kerion dei Greci è più adatto alla malattia che descrive l'Autore che, quello di Kerion Celsi perchè la stessa era già stata descritta dagli antichi Greci.

I latini lo dissero *Favus Mellis*, per il suo aspetto.

Vero è però che Celso lo descrisse esattamente e pel primo; dopo di lui lo conobbe e descrisse Galeno, indi ne parlarono i medici Arabi e Bizantini.

Il Kerion è caratterizzato da intumescenze dermiche a chiazze sul cuoio capelluto rotondo, appianate, alquanto dure, di grandezza varia. Il derma è di color rosso pallido e pertugiato da una miriade di forellini che hanno sede nei follicoli piliferi, e che segregano un liquido purulento somigliante al miele, con distacco dei capelli con e senza membrane. Vi ha inoltre dolore spontaneo e sotto la pressione associato qualche volta a febbre con consecutiva alopecia ed acromia del derma.

Tilbury Fox e poi il Wilson vi scoprirono il *tricophyton tonsurans*. Il Dubini ed il prof. Gamberini lo credettero una malattia nuova ciò che venne contraddetto dal Tanturri, il quale pure lo identificò col Kerion Celsi e vi confermò la presenza del parassita, sebbene in seguito vari ragguardevoli scrittori come Neumann, Michelacci, Bärensprung, Bazin, Cazenave ed Hebra non ne abbiano fatto cenno, anzi l'ultimo lo dica un semplice eczema impetigginoso; pure l'Autore nello stato attuale della scienza stabilisce con certezza che il Kerion è il prodotto costante dell'azione del Tricofiton che anzi rappresenta una fase della tigna tonsurante.

La parte ancora maggiormente incerta dal lato scientifico si era la patogenesi di questa malattia, per cui l'Autore studiando 21 casi osservati nell'ospedale di S. Gallicano si sforzò di chiarire: 1.° la sede del morbo; 2.° le lesioni da esso prodotte; 3.° il modo come il parassita penetra nei tessuti.

A ciò fare esaminò non il capello, ma il derma, e dai preparati ottenuti ed esaminati al microscopio è evidente che nel Kerion non vi hanno fori di nuova formazione, ma che lo stesso è costituito da tanti piccoli ascessi crateriformi formatisi nella guaina del pelo nel follicolo di esso, e nel connettivo perifollicolare. Per cui i forellini del Kerion sono quelli ove si trovano normalmente i peli e la sede del fungo è la guaina del pelo ed il suo follicolo infiammati e che dalla sede diversa che va ad occupare può dare la forma squammosa cutanea se il fungo si limita allo strato corneo, l'erpete tonsurante se invade i peli, e allorchè intacca la guaina del pelo od il follicolo pilifero dove trova gli epitelii del corpo di Malpighi atti a proliferare e riprodursi può produrre dapprima ipersecrezione di sevo quasi oleoso e distacco di epitelii, indi formazione di cellule purulente e quindi uscita dai fori di un

liquido denso giallo-verdastro e fluido, secondo la più o meno forte irritazione.

La forma del fungo ha poi molta influenza sulle diverse manifestazioni dermiche, così nel Kerion vi ha prevalenza dei miceli del Tricofiton sui semplici conidi. Dall'esame del modo di comportarsi nella sua evoluzione del parassita l'Autore ne trae che: 1.° Il tricofiton allo stato di semplice conidio non può produrre il Kerion, ma bensì i miceli per la infiammazione che sviluppano. 2.° Che i forellini del Kerion sono sempre i follicoli normali dei peli, e che non vi sono fori di nuova formazione, perchè il fungo si introduce sempre per il pelo e pel suo follicolo. 3.° Che il Kerion è preceduto, come forma tardiva, sempre da un'altra forma di micosi, e l'Autore lo trovò sempre quale conseguenza dell'erpete tonsurante, trovò anzi in alcuni fanciulli chiazze di Kerion in vicinanza a quelle dell'erpete tonsurante, o dove eravi la semplice micosi squammosa, per cui deduce che il Kerion è sempre uno stadio tardivo della micosi tonsurante. 4.° Che la micosi tonsurante può restar tale senza produrre il Kerion. 5.° Che il Kerion non si può trasmettere da un individuo all'altro se non subisce prima una fase della micosi, e ciò contro l'opinione del Tanturri.

Dopo alcuni appunti sulle alterazioni e modificazioni che subisce il fungo l'Autore addiviene alle seguenti conclusioni che trascriviamo:

1.° Il Kerion è una follicolite acuta associata ad inflammazione delle glandule sebacee e distacco della guaina del pelo, prodotta dall'azione del tricofito;

2.° Nel Kerion non prevale la forma conidica ma bensì la forma miceliale del fungo;

3.° Il fungo penetra nei follicoli per mezzo dei miceli ed infiltra la guaina del pelo;

4.° Il tricofito nel Kerion subisce varie trasformazioni ma tutte analoghe al pennicillum;

5.° Nel Kerion non vi sono forami di nuova formazione, ma essi rappresentano i follicoli malati;

6.° Il Kerion è preceduto sempre dalle micosi sia maculosa, o squammosa, o tonsurante;

7.° Il Kerion non si può trasmettere come Kerion, ma deve prima subire altra fase;

8.° Avvi una forma di Kerion prodotta dall'Achorion Schoenlein.

Il sistema nervoso in rapporto colle malattie della pelle. Lezione clinica del prof. PIETRO GAMBERINI. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1877).

Gli studii e le ricerche anatomo-fisiologiche del sistema dei nervi vaso-motori e trofici chiarirono di molto il nesso fra questo sistema e varie dermopatie. Lo studio del gran simpatico origine dei nervi vaso-motori; le osservazioni di Bernard, Brown-Sequard, Stilling, Henle, Thiry, Schiff ed altri fra cui principalmente quelle di Eulemburg,

Guttmann e De Giovanni darebbero chiare prove in proposito, e probabilmente anche farebbero dubitare ragionevolmente sull'esistenza dei nervi trofici, i quali del resto non furono ancora dimostrati dagli anatomici.

La grande sensibilità della pelle è dimostrata dai numerosi e svariati di nervi di cui è provvista e dalle loro comunicazioni, e fra gli elementi glandolari, ecc.

Le sensazioni generali e speciali della pelle sono tre: *contatto* o *pressione*, *temperatura* e *dolore*.

Le sensazioni fisiologiche e patologiche della pelle sono *generali e speciali*. Le prime danno quella di piacere, di dolore o la meno definita di prurito, ecc. Nelle seconde avvi il prurito, la sensazione di calore, la dermalgia, l'anestesia, la pigmentazione cutanea, il zooster, la cute anserina, l'urticaria, la pruriggine, il lichen, l'alopecia areata, la dermatolisi, l'atrofia della pelle, l'eritema multiforme dell'Hebra e le escoriazioni nervose del Wilson.

Il prurito viene a ragione da Tilbury Fox ascritto alle nevrosi della pelle, dipendente da elemento reumatico, da presenza di bile o materiali urinosi nel sangue, da disturbi gastro-enterici, da cattiva nutrizione, patemi d'animo, ecc. Il fenomeno prurito va combattuto energicamente perocchè l'Autore vidde che ciò facendo guarivano più presto le dermatosi (pruriggine, lichene, eczema) di cui è sintoma principale e molestissimo.

La sensazione di calore, che può variare moltissimo sarebbe dipendente dal sistema nervoso vaso-motorio, il quale altera la funzione circolatoria arteriosa od il peristaltismo delle arterie, coll'allentare o protrarre cioè la contrazione o la dilatazione vasale in diverso tempo e maniera. Esaminando le vedute di varii Autori intorno a questo punto il prof. Gamberini vi crede troppo chiara l'influenza dei nervi perchè si debba dubitarne, dacchè tutti gli atti vitali ed organici vi sottostanno, e dacchè si vedono talune impressioni vivaci in donna gravida avere riscontro sulla cute del feto. Ciò dimostrano pure Eulemburg e Guttmann nei casi di efidrosi unilaterale, e lo provano Nitgelnadel e Mayer curando felicemente tali alterazioni col galvanizzare il gran simpatico. Ciò dicasi anche del morbo dell'Addison che fanno dipendere da malattia dei plessi addominali del gran simpatico.

La dermalgia che si estende tanto dal lieve esaltamento della normale sensibilità della pelle fino ai più atroci tormento la vide l'Autore apparire in punti precedentemente paralizzati.

L'analgesia non ancora disvelata nella sua entità anatomo-patologica, può dipendere o da infezione sifilitica, o da isterismo, o da affezione cerebrale, od anche da intossicamento di piombo.

L'anestesia cutanea che campeggia nella lebbra venne chiarita nella sua ragione anatomo-patologica da Virchow, il quale crede che i nervi nella *lebbra* o *morfea* presentino la stessa affezione che trovasi in quelli

dei tubercoli della pelle e delle mucose, e ciò dicasi anche della lebbra anestetica dove per l'estensione della proliferazione del granuloma lungo i nervi il Virchow vi vede una infiammazione cronica, perinevrite lebbrosa cronica. E tutto ciò per l'effetto della compressione prodotta dal neoplasma, ottundente la sensibilità nervosa.

La pigmentazione cutanea pel fatto raccontato dal Rostan, e per gli ultimi studii sul morbo dell'Addison, e per quelli sui nèi fatti da Simon, Baerensprung, Blasius, Arndt, ecc. si ritiene in diretta dipendenza da alterazioni di speciali diramazioni nervose, sebbene però fino ad ora manchi a convalidare questa opinione la prova anatomo-patologica, non valendo abbastanza in proposito i caratteri datici da Baerensprung.

Nell'erpete zoster l'Autore vede la stretta sua attinenza col sistema nervoso, ma inclina a credere piuttosto l'alterazione di questa conseguenza della dermite, e perchè il dolore insorge dopo l'eruzione della zona, e continua dopo di questa, alterando talvolta diramazione che non rispondono alla sede dell'eruzione, per cui per l'Autore avvi ancora su tale argomento un' enigma dal lato anatomo-patologico.

La cute anserina e l'urticaria, per il loro modo di manifestarsi e per le loro cause sono chiaramente di origine nervosa.

La prurigine ed il lichene sembrano, secondo Hebra e Neumann, dipendere dalla iperestesia cutanea, ed anche l'Autore crede che la vera prurigine ed il lichene siano l'effetto del grattamento per cui si irrita e si sviluppano le papille cutanee, e ciò lo può provare anche il fatto del beneficio che apportano in questi morbi i calmanti locali.

L'alopecia areata, da non confondersi collà porrigine decalvante parassitaria, sembra sia veramente sostenuta e dipendente da mancato influsso nervoso periferico, e perchè guarisce cogli stimolanti in genere, e perchè riscontrasi in individui mal nutriti, clorotici, ecc.

La dermatolisi in ambedue le sue forme dipende pure da più o meno diminuita sensibilità cutanea.

Nell'atrofia della pelle l'Autore crede con Romberg e Guttmann ad un disturbo del sistema nervoso, e le alterazioni fibro-trofiche dal Lande sostenute per la sua genesi, le crede subordinate a quello, per lo meno finchè sarà dimostrato l'atrofia degli elementi anatomici indipendente affatto dal sistema nervoso.

L'eritema multiforme dell'Hebra lo crede in stretta attinenza col sistema nerveo vaso-motore, nello stesso modo che produce l'eritema essudativo e probabilmente anche l'urticaria.

Le escoriazioni nervose del Wilson, costituite da papule con tendenza alle escoriazioni ed alla emorragia prodotta da infiltrazione e congestione, è malattia ostinata e manifestantesi con considerevole mancanza nutritiva della pelle ed aumentata pigmentazione. È associata a debolezza del sistema nervoso, ed isterismo.

Da tutto ciò emerge l' importanza del sistema nervoso in rapporto

colle varie dermopatie, ora come elemento genetico ed ora semplicemente secondario, o sintomatico.

Sulle nevrosi di sensibilità della pelle; del dott. Kaposi. (*Vierteljahr. für Dermatolog. et Syphilis*, e *Revue des Sciences Medic.*, n. 21, 1877).

Una della nevrosi più frequenti ed interessante il sistema cutaneo è quella costituita dal prurito. Tante volte questa sensazione del prudore è causata da alterazioni cutanee visibili, quali urticaria, eczema, prurigine, malattie parassitarie, ecc., ma altre volte si manifesta repentinamente senza che vi si possa assegnare una causa manifesta, vale a dire lo si deve ritenere una nevrosi cutanea, che può durare anche degli anni intieri, e che non produce sulla pelle nessun' altra manifestazione che quella dovuta al continuo grattarsi che il paziente fa colle unghie.

Questo genere di prurito, che è quello appunto studiato dal Kaposi si distingue in generale e locale.

Nel generale la malattia si sviluppa senza una causa apprezzabile. Il solo sintoma è il prudore che viene ad accessi, sopratutto alla notte, od anche mettendosi a letto o durante il sonno. Lungo il giorno le cause psichiche possono suscitare un' accesso. Cause occasionali sono prima di tutte il marasmo senile, le affezioni croniche dello stomaco, i disturbi fisiologici e patologici degli organi genitali nella donna, e qualche malattia cachettica generale. Il pronostico ne è grave.

Nel prurito locale Kaposi distingue diverse sedi: 1.° Prurito delle parti genitali della donna. 2.° Prurito delle parti genitali dell'uomo, ed in questo osserva che raramente è primitivo ma per lo più dipendente da eczema. 3.° Prurito anale, quasi sempre nei giovani prodotto dai lombrici e dagli oxiuri, nei vecchi da emorroidi od anche primitivo. 4.° Prurito della pianta dei piedi e del palmo delle mani in cui vi è tante volte complicata la iperidrosi. Questo in generale è moderato e guarisce presto. Ammette l'Autore anche un prurito invernale che si manifesta in questa stagione nello svestirsi, alle estremità inferiori.

Quanto alla cura in generale bisogna dirigerla contro alla causa se è possibile; localmente si potrà anestizzare la pelle colle doccie fredde, colle applicazioni di alcool, etere, acido salicilico, fenico, ecc. Si potranno fare anche dei bagni caldi. Preconizza l'Autore anche l' uso dell' acido fenico internamente.

Della simmetria nelle affezioni della pelle; del dottor Leo Testut. (*Gazette Médicale*, N. 45, 1877).

L' Autore dimostra come la simmetria sia una legge generale in quasi tutte le affezioni cutanee, e che in ogni localizzazione speciale vi sono pure compagni dei disturbi nervosi particolari. Per raggiungere il suo scopo, il dott. Testut ricorre a tre ordini di fatti:

1° All'esame dei fatti clinici;

2° All'esame della patologia generale delle dermopatie;

3° Allo studio delle condizioni patogeniche di bilateralità e simmetria nelle affezioni della pelle.

I. Quanto all'esame dei fatti clinici già Bazin, Baerensprung, Charcot, Mitchell ed altri autori hanno già provato la grande frequenza delle eruzioni cutanee simmetriche, quali l'eczema, la psoriasi, il lichene, la pitiriasi, l'ischemia, l'asfissia locale delle estremità, i disturbi di circolazione, e l'orticaria, certe alterazioni delle unghie e della secrezione del sudore. L'Autore dal canto proprio riferisce una storia di zoster bilaterale, ed una di alterazione del sudore alle mani ed ai piedi con ispessimento dello stato epidermico in queste parti, secrezione quivi limitata del sudore, ed alterazione nelle unghie delle dita medio, anulare e mignolo di ciascuna mano. Oltre a ciò nota l'Autore come la sclerodermia, il male perforante al piede, la lebbra anestetica, possono anch'esse presentare la simmetria nella loro manifestazione interessando nello stesso tempo la sensibilità e la nutrizione dei tegumenti.

II. Quanto alla patologia generale delle malattie della pelle, l'Autore è d'avviso che le affezioni cutanee non sono che alterazioni della nutrizione locale dei tegumenti, dipendenti da lesione o d'un nervo periferico o di parte del centro nervoso.

E questo lo prova coi dati clinici, coi dati anatomo-patologici, e cogli esperimentali.

I dati clinici li toglie dai lavori di W. Mitchell e di Charcot che dimostrarono come le lesioni traumatiche dei nervi sieno susseguite da eritemi, eruzioni vescicolari e bollose. Tendet dimostrò che negli asfissiati dal carbonio si hanno pure le stesse manifestazioni cutanee consecutive a nevrite dipendente dalla narcosi carbonica. Così pure è fatto palese come le nevralgie, siano spesso susseguite dallo zoster. Ciò dicasi di altri fatti di simil genere riguardanti oltre l'epidermide le unghie ed i peli.

I dati anatomo-patologici glieli somministrano le sezioni di ammalati in cui eranvi zoster o eruzioni bollose e nei quali si rinvennero alterazioni nervose periferiche o centrali. Così Danillsen ed Esmarch trovarono la nevrite, Baerensprung trovò alterazioni dei ganglii spinali, e Wyss e Werdner irritando le radici posteriori spinali fra il ganglio ed il punto di emergenza della radice sensitiva provocarono un'eruzione di zoster.

Per avere dati esperimentali ripetè le esperienze di Brown-Sequard ma non ottenne risultati soddisfacenti. Benedikt però elettrizzando certi nervi, ha ottenuto un'eruzione papulosa.

Conclude quindi su questo punto che le eruzioni cutanee sono dovute a disturbi trofici nervosi ed esaminando il modo di azione dei nervi nella loro produzione, e valutate le varie teorie in proposito, egli si dichiara partigiano della teoria vaso-motrice.

Per lui quindi i disturbi della pelle, come tutti i fenomeni della nutrizione, siano essi normali o patologici, dipendono dai nervi vascolari, i quali abbiano fattà sentire la loro influenza vaso-motrice diretta o riflessa.

III. Quanto allo studio delle condizioni patogeniche di bilateralità e simmetria nelle affezioni della pelle l'Autore ne spiega il meccanismo nel seguente modo. I centri vaso-motori omologhi di una regione del midollo sono situati allo stesso livello, ed associati fisiologicamente. I nervi vascolari che ne partono, tengono sotto la loro dipendenza una circoscrizione circolatoria perfettamente simile in rapporto all'asse mediano. Patologicamente succede che il più soventi i due nodi vaso-motori omologhi vengano impressionati in uno stesso tempo sia direttamente sia in modo riflesso. Da qui nasce una modificazione vaso-motrice localizzata simmetricamente a somiglianti regioni, per esempio un'eczema od una psoriasi limitata ai cubiti, alle mani, ecc. Supponiamo al contrario che uno dei due centri nervosi resti impressionato da solo indipendentemente dal suo congenere, e l'affezione cutanea resterà isolata ad un membro o ad una porzione di esso. In modo inverso una irritazione unilaterale potrà attaccare in uno stesso tempo ed il centro vaso-motore della parte corrispondente ed il suo omologo della parte opposta, per l'intermediario delle commissure intra-midollari; per esempio un eczema che localizzato dapprima a l'avambraccio sinistro, va in seguito a generalizzarsi non su tutto il corpo, ma specialmente all'avambraccio destro.

Questa d'altronde è legge generale di tutti gli organi pari o delle due metà di un'organo situato alla linea mediana.

Per quanto concerne i fenomeni vaso-motori nelle malattie della pelle, Testut si riferisce alle esperienze di Tolozan sulle modificazioni che producono alle dita di una mano quando l'altra è immersa nell'acqua a temperatura variabile. E queste esperienze furono dall'Autore ripetute col medesimo risultato cioè che la temperatura si abbassa in una come nell'altra mano.

Per cui bisogna ammettere che si producono delle alterazioni vasomotrici localizzate in una maniera analoga, e che danno luogo agli eritemi ed alle altre manifestazioni cutanee simmetriche.

Dell'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo delle affezioni cutanee; del dott. Fernando Mayer. (Paris, A. Delahaye).

Bisogna ammettere che il più soventi le malattie cutanee si sviluppano sotto l'influenza dell'erpetismo, ma parecchie volte fa bisogno di una causa occasionale e che frequentissimamente è costituita dalle emozioni morali. Questo fatto ammesso da quasi tutti gli Autori francesi fu negato da molti tedeschi ed inglesi, per cui scopo dell'Autore è di ricercare se le emozioni morali hanno realmente un'influenza sullo sviluppo delle malattie cutanee, e come questa agisca sull'eruzione.

Già Plenck, Lorry, Alibert, ed in seguito Brown-Sequard, Bateman, Biett, Rayer, Gibert, Baumes, Cazenave, Cannet, Devergie, Hardy, Duchesne-Duparc, Rochard, Wilson, Bazin, Grisolle, Gailleton, Diday e Doyon, Guibout, hanno riferite molte storie, dall'Autore riportate od accennate, in cui è provata l'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo

delle dermopatie, e fra queste sembra che le affezioni secche sieno quelle che maggiormente risentano del momento eziologico morale. Anzi Biett, Cazenave e Schedel farebbero dipendere l'ictiosi sviluppata in bambini da emozioni provate dalla madre. Altri autori come Arthaud e Fevre farebbero risaltare l'influenza della pazzia sullo sviluppo della malattia in discorso.

L' Autore a conferma di queste opinioni ha raccolto 36 casi di malattie cutanee dipendenti dalla causa in discorso, e fra esse la psoriasi sarebbe la più frequente, indi, seguirebbero la pitiriasi, l' eczema, la porpora, l'eritema, la zona. Nella prima storia parla di una psoriasi generale sopravvenuta in seguito ad una caduta in un serbatoio d' acqua, nella seconda la stessa malattia si sviluppava dietro l'avventamento di due cani; la terza si riferisce ad una psoriasi sopravvenuta in un fanciullo di 10 anni che a momenti vedeva annegarsi un vitello a lui affidato in custodia. Nella quarta la psoriasi susseguiva ad una viva disputa avuta dal paziente; nella quinta al dolore per la morte del padre; nella sesta allo spavento per un bue infuriato, e così di seguito ne riferisce 25 tutti di psoriasi che l'Autore riferisce, e che noi crediamo inutile di riferire. Fan seguito a questi un caso di prurigo lichenoide generalizzato dietro una caduta del paziente da un battello con pericolo di annegamento; un'altro di prurigine violenta con papule ulcerate e dopo profondi dispiaceri; un secondo di strophulus sviluppato in due giovani nell'epoca mestruale dietro un brutto scherzo; un terzo di erpete secco pruriginoso in una donna che andò a pericolo di abbruciarsi; e così uno di pitiriasi dopo violenta discussione; un altro pure di pitiriasi successivamente alla caduta da un'albero, uno di eczema del capillizio in soggetto erpetico appresso la morte del padre; un secondo caso di eczema in seguito alla ripulsa data ad un povero sifilitico che cercava asilo nell'Ospedale, uno di eczema in seguito a viva disputa; ed infine un'eritema a placche del viso sopravvenuto in un bambino che viaggiava in ferrovia e dopo venti minuti dall'avere subito lo spavento di veder il traino fuorviarsi.

A spiegare simili fatti l' Autore si schiera dalla parte dei sostenitori della teoria vaso-motrice, ma vi aggiunge da parte sua l'intervento di una disposizione speciale che agendo sopra un individuo con diatesi erpetica, la mette in giuoco, e di lì le alterazioni cutanee. E questo può benissimo darsi dal momento che si vede in un individuo predisposto anche alcuni cibi produrre degli eritemi anche gravi, Insomma l'Autore ammette che in un individuo erpetico nel quale la psoriasi, l'urticaria, ecc., non abbisognano per isvolgersi che di una causa determinante, questa possa essere data dalle emozioni morali, e che i disturbi trofici prodotti dallo spasmo o rilasciamento vascolare sieno più che sufficienti a produrle.

Ecco le conclusioni di questo lavoro;

1° Le emozioni morali sono una causa occasionale frequente delle malattie cutanee;

2° Incapaci di produrre queste affezioni della pelle in un individuo sano, le emozioni morali le determinano al contrario con facilità nei soggetti affetti da diatesi erpetica;

3° Le affezioni secche ed umide sono sotto l' influenza di questo ordine di cause, ma le prime le subiscono più che le seconde; fra quelle la psoriasi tiene incontestabilmente il primo posto;

4° Egli è ai disturbi vaso-motori visibili, incontestabile, che succedono a ogni emozione morale viva, che si deve attribuire la patogenia di queste malattie;

5° Il pronostico ed il trattamento sono gli stessi che per le affezioni cutanee sopravvenute in seguito di cause differenti.

Dell'azione e delle indicazioni dei bagni nelle malattie della pelle; del dott. CARRY. (Paris, 1877).

L' Autore studia: 1° L'azione dei bagni sulla pelle sana; 2° l'azione dei bagni sulla pelle ammalata.

Azione fisiologica dei bagni sulla pelle sana.

Il bagno in rapporto alla cura delle dermopatie, e sotto questa denominazione l' Autore comprende anche le doccie; si possono raggruppare nel seguente specchio:

Bagno d'acqua semplice:	Bagno freddo.		
—	—	» tiepido.	
—	—	» caldo.	
Bagno medicamentoso artificiale:	Bagno emolliente.		
—	—	» alcalino.	
—	—	» solforoso.	
—	—	» di sublimato.	
—	—	» all'idroforo.	
Bagno a vapore,			
Doccie.			

Prima di entrare in materia, l'Autore studia la questione dell'assorbimento cutaneo. Importa di vedere se la pelle assorbendo l'acqua e le sostanze discioltevi possa averne dal suo impiego un mezzo di cura generale, o se lo si deve considerare come un mezzo semplicemente topico. Varie sono le opinioni su questo punto, alcuni negano alla pelle ogni facoltà assorbente dell'acqua e delle sostanze che vi stan sciolte, altri ammettono l' assorbimento dell'acqua ma non quella delle sostanze disciolte altri, ancora ammettono un doppio assorbimento in proporzione notevole, ed altri ancora l' accettano ma in proporzioni infinitesimali. L'Autore studiate queste questioni ritiene che fino a nuove scoperte si debba ritenere per giusta la legge di Rabuteau « che l'assorbimento cutaneo delle sostanze gasose o volatile sia notevole, e quelle delle sostanze

solide e fisse disciolte nell'acqua o incorporate ai grassi sia lievissimo o nullo: diffatti riandate minuziosamente tutte le quistioni secondarie in proposito, si dichiara convinto che il bagno applicato alla pelle normale non è che un topico; che gli effetti generali non sono mai dovuti all'assorbimento dei medicamenti disciolti a meno che non siano volatili.

La pelle che gode di una vera respirazione cutanea per l'eliminazione continua di sostanze improprie alla nutrizione dei tessuti e per lo assorbimento dell'ossigeno e l'esalazione del carbonio, di un vero sviluppo e di una vera facoltà regolatrice della calorificazione, e di una squisita sensibilità a contatto dell'acqua dovrà subire: 1° Delle modificazioni di secrezione e di respirazione; 2° di modificazioni di circolazione e quindi di temperatura generale; 3° di modificazioni del sistema nervoso, producenti reazioni riflesse su sè stesso e su altri organi; 4° modificazioni nella nutrizione dei propri elementi.

1° *Bagno d'acqua semplice.* — Il bagno freddo non potendo essere continuato a lungo non apporta cangiamenti durevoli nella funzione degli elementi della pelle come usando il bagno generale tiepido. Del resto da 8° a 15° è un'energico eccitante cutaneo e nervoso, ma la reazione è dannosa in genere nelle malattie cutanee; da 15° a 25° è sedativo ma è preferibile però il bagno tiepido.

Bagno caldo. Eccita fortemente la cute, ma è molto debilitante. Si fa dai 38° ai 45°.

Bagno tiepido tra 25° al 37°. Il più tollerato però è tra 32° a 33°, detto anche *bagno indifferente,* dura da mezz'ora ad una. I suoi effetti sono generali o locali. Effetti generali: modera la circolazione, tempera l'ardore dei sensi e l'attività cerebrale, è utilissimo ai soggetti irritabili; è riguardato adunque come un calmante, un'aperitivo, diuretico e diaforetico. Effetti locali: mantiene pulita la pelle ne favorisce l'assorbimento, l'esalazione, le secrezioni, l'escrezione, la sensibilità, la nutrizione.

2° *Bagni medicati artificiali.* — Comprendono i bagni emollienti ed i bagni eccitanti. Pei primi si usa l'amido, la fecula, il seme di lino, ecc., pei secondi in dermatologia si usano i solfuri, i carbonati alcalini ed il sublimato. I bagni solforosi, che si possono fare secondo le varie proporzioni delle farmacopee, sono astringenti e risolventi, oppure irritanti e sostitutivi, secondo la proporzione del sale disciolto. Prolungati possono produrre la febbre artificiale sono quindi controindicati nello stato febbrile e da consigliarsi in quasi tutte le dermatosi croniche o stazionarie.

I bagni alcalini composti coi carbonato neutro di soda hanno proprietà eccitanti ma in grado minore dei solforosi, hanno poi la proprietà di sciogliere l'intonaco sebaceo della pelle, ed anche di intaccare le cellule cornee, per cui converranno nelle affezioni secche nelle quali l'epidermide è ispessita; calmano anche temporariamente il prurito.

Bagni di sublimato. — Eccitano specialmente il sistema nervoso sensitivo, non calmano il prurito anzi prolungati lo fanno nascere. Agiscono sull'epidermide come il bagno alcalino ma l'intaccano meno facilmente. Vengono usati nelle affezioni parassitarie, sifilitiche anche, e secondo i tedeschi in tutte le affezioni dell'epidermide. Non va usato contemporaneamente o a breve distanza dal bagno solforoso perchè allora la pelle diventerà di un colore nero-bruno persistente.

3° *Bagni medicati naturali.* — Comprendono i bagni di mare e quelli di acque minerali. Si potrebbero dividere in emollienti ed eccitanti, ma i primi sono pochissimo comuni, i secondi comprendono le varie stazioni marittime ed un gran numero di stazioni minerali. I bagni di mare hanno sull'organismo doppia azione, l'azione dell'acqua fredda aumentata dal movimento delle onde, e quella dovuta a' suoi componenti. In complesso i bagni marini sono risolventi per cui convengono nelle infiltrazioni cutanee, nelle eruzioni scrofolose e linfatiche.

I bagni minerali eccitanti comprendono: 1° le acque solforose; 2° le acque solfatate; 3° le clorurate sodiche e bromo-iodurate; 4° le bicarbonate sodiche; 5° le arsenicali.

Le acque solforose si dividono in *a*) solforose sodiche, *b*) solforose calciche, *c*) solforose clorurate sodiche. Le prime non producono l'eruzione ed il ritorno dell'affezione allo stadio acuto se non che molto tardo, dopo 15 o 20 bagni, ma questa va sempre aumentando per cui bisogna interrompere tratto tratto la cura. Le seconde sono meno eccitanti che le precedenti, irritano la pelle più presto ma meno profondamente. Le terze sono tardive nella loro reazione infiammatoria, ma che viene calmata dal continuare i bagni.

Le acque solfatate sono meno eccitanti che le precedenti.

Le clorurate sodiche e bromo iodurate danno effetti somiglianti a quelli dell'acqua di mare.

Le bicarbonate sodiche agiscano come un bagno alcalino.

Le arsenicali sono frequentate dagli erpetici; l'acqua è esclusivamente adoperata per uso interno (1).

4° *Bagni a vapore e doccie.* — Agendo o come sedativo od eccitante per lo più sul sistema nervoso sono pochissimo adoperati nella cura delle malattie cutanee.

Azione terapeutica dei bagni nelle malattie della pelle.

1° *Azione del bagno sulle dermatosi in generale.* — Il bagno produce sulla pelle effetti locali e generali.

(1) I benefici risultati dei bagni di Levico dimostrano che possono venire adoperati anche per uso esterno. P.

Effetti locali sono fenomeni di eccitamento o sedativi, e di medicazione igienica della pelle.

Gli effetti generali si determinano sulla costituzione modificandone gli stati morbosi. Dalle esperienze fatte dall'Autore, risulta che nelle forme secche il bagno attacca solo la superficie della lesione, mentre nelle umide influenza la lesione in tutto il suo spessore ed introduce nella circolazione dei modificatori generali.

2° *Azione dei bagni sulle dermatosi in particolare.* — L'Autore studia dapprima le deformità della pelle e le affezioni da causa esterna, poi l'azione dei bagni sulle malattie e le eruzioni che quelle generano. In seguito esamina gli effetti dei bagni nelle affezioni secche e nelle umide.

Nelle deformità congenite o acquisite della pelle studia l'ictiosi nella quale i bagni fanno cadere le scaglie e le rendono sopportabili. In queste malattie convengono i bagni solforosi ed alcalini protratti per molto tempo, ed anche aiutati dalle doccie e dai bagni a vapore.

Le affezioni da causa esterna si possono dividere: 1° in affezioni dovute al contatto di agenti fisici o chimici; 2° in parassitarie; 3° ed in quelle dovute ad *ingesta*.

Nel primo caso le affezioni cutanee in generale guariranno una volta tolta la causa, a meno che questa tenga ad una diatesi latente; non avendo l'agente irritante che fatto l'ufficio di causa occasionale.

Nel secondo caso in cui si possono avere eruzioni polimorfi queste spariranno col togliere il parassita. Nella scabbia il bagno solforoso ha un vero effetto curativo contro l'acaro, mantenendo la pulitezza della pelle e contro il prurito. Così lo stesso bagno è utile contro il favo epidermico ed a placche, facendo cadere le croste e impedendone la riproduzione.

Nella tricofizia il bagno riesce utile solo nell'erpete circinnato esteso del tronco e delle membra favorendo la caduta degli strati superficiali dell'epidermide, sebbene qualche volta valga meglio la tintura di iodio. La *pitiriasis versicolor* tante volte scompare dopo un solo bagno solforoso o di sublimato. Nelle dermopatie *ab ingesta* il bagno non vale che nei casi d'irritazione molto forte della cute.

Le affezioni da causa interna si dividono in: scrofolose, sifilitiche, artritiche ed erpetiche.

Nelle scrofulidi bisogna impiegare la medicazione interna unitamente ai bagni, i quali ultimi hanno poca importanza; agiscono per le loro proprietà risolventi nello stesso tempo che ristabiliscono e mantengono le funzioni cutanee. Nelle scrofulidi maligne i bagni eccitanti e le doccie possono consolidare la guarigione.

Nelle sifilidi cutanee il bagno sarà utile pei bambini servendo alla amministrazione cutanea del sublimato, mentre questo mezzo è da proscriversi negli adulti.

I bagni eccitanti stanno fra i principali mezzi igienici contro la si-

filide, essendo risolventi, mantenendo la funzione cutanea e rialzando la costituzione.

Contro le sifilidi maligne l' idroterapia troppo eccitante in generale non dà buoni effetti. Nelle costituzioni affievolite quando gli accidenti sono scomparsi si può prescrivere di recarsi ad una stazione balnearia di acque solforose, di mare o clorurate sodiche o bromo-iodurate. Queste acque si possono dare anche internamente per eliminare il mercurio.

Nelle forme artritiche acute il bagno può essere dannoso, nella gotta può valere a complemento della cura interna ajutando la risoluzione dei tofi, e l'eliminazione dell'acido urico. Nel reumatismo cronico la cura solforosa interna viene coadjuvata dal bagno solforoso.

Nelle forme erpetiche il bagno come agente generale rende poco servigio, è igienico solamente, e come topico non ha alcuna influenza curativa.

Esamina quindi l'Autore le varie affezioni cutanee in particolare.

La psoriasi curata coi bagni nella forma acuta può averne più danno che vantaggio, e l'Autore riferisce due storie a prova di ciò. La forma cronica può ritrarre qualche leggier vantaggio da parte dell'epidermide ma gli effetti fisico-chimici e di reazione dei bagni non hanno alcuna azione sulla lesione che siede nello spessore ed alla base delle papille. Per cui secondo l'Autore non si dovrebbero usare nè bagni, nè pomate nella psoriasi cronica ma solo gli arsenicali.

Nella forma inveterata sono ancora discutibili le storie riportate dagli autori di beneficj avuti colla cura dei bagni. Tutt'al più si potranno spedire gli ammalati alla cura delle acque arsenicali.

Nella pitiriasi e sue specie i bagni varranno solo in quanto possono migliorare la costituzione, ma non hanno influenza sulla lesione.

Nel lichene si adoperarono i bagni alcalini o saponati onde adempiere alle due indicazioni della cura locale, calmare cioè il prurito e favorire al scomparsa degli elementi cutanei di nuova formazione; e nel lichene sifilitico il bagno di sublimato non sarà che un complemento alla cura mercuriale interna, come lo saranno nelle altre specie le acque termali. E qui l' Autore riferisce due altre storie cliniche in una delle quali i bagni furono impotenti, e nell'altra anzi favorirono la trasformazione del lichene in eczema.

Nella prurigine dei vecchi potranno usarsi con parsimonia i bagni leggermente eccitanti a pericolo di ripercussioni interne.

Nell'orticaria i bagni calmano solo temporariamente il prurito.

Nell'eritema e tutte le sue derivazioni i bagni dovranno essere esclusi, a meno che trattisi dell'eritema nodoso in cui i bagni eccitanti modificando la costituzione ed aiutano la regressione dei nodi indurati.

Nell'eczema, di cui l'Autore discorre a lungo, i bagni possono concorrere come antiflogistici nei primi due periodi. Nel terzo in cui i bagni vengono adoperati per produrre un'infiammazione sostitutiva la-

sciano ancora molto dubbio dalla loro utilità. Da 14 storie cliniche che riferisce, risulta che i bagni d'acqua semplice o minerale sono senza influenza sull'eczema quando non l'aggravano. Insomma il bagno non conviene ad alcun periodo e ad alcuna forma della malattia, non la guarisce mai usato solo, e se qualche volta riesce la cura idro-minerale bisogna attribuirne l'effetto alla cura generale.

La cura balnearia non conviene nell'erpete e nell'impetiggine, nell'ectima può servire come tonica, nel pemfigo può qualche volta convenire il bagno prolungato di Hebra.

Nell'acne invece la cura idro-minerale, se è possibile, sarà sempre consigliata per la sua azione sul generale della costituzione. Nelle eruzioni formicolari il bagno potrà servire come antiflogistico.

Conclude l'Autore che nella terapeutica delle malattie cutanee i bagni godono di una riputazione fittizia, che vi sono poche malattie cutanee a cui convengano, ma non hanno *giammai un'azione curativa.* Che nelle affezioni da causa esterna i bagni puliscono la pelle; nelle malattie parassitarie possono distruggere il parassita animale, ma hanno poca influenza sul parassita vegetale.

Che nelle malattie di natura scrofolosa, sifilitica, artritica ed erpetica il bagno pei suoi effetti tonici e stimolanti è ordinariamente un buon coadiuvante della cura generale.

Che l'influenza del bagno studiata in ciascuna affezione, da causa interna principalmente, mostra che nelle forme secche è puramente igienico senza avere un'azione curativa, e che nello forme umide è sempre un'ostacolo alla guarigione.

Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche. Nota del dott. Domenico Barduzzi. (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, dicembre 1877).

Il dott. Barduzzi che diede già notizia de' suoi studii sull'uso del fosfuro di zinco nelle dermatosi croniche, partendo dal concetto che se alcune acque minerali naturali contenenti rame e poca quantità di ferro giovano come ricostituenti, questo effetto lo si debba più all'azione del primo che del secondo rimedio; appoggiato quindi in queste vedute anche dal risultato da varii autori che lo sperimentarono, instituì delle esperienze sugli animali e sull'uomo.

Nel cavallo lo potè dare fino a tre grammi, e fino a 7 centigrammi nell'uomo, senza averne disturbi non solo ma producendo sempre un aumento delle potenze assimilative.

Egli lo amministrò in quelle dermatosi che sono mantenute da uno stato di atonia o di pervertimento dei processi nutritivi ed assimilativi.

Sono 8 le storie cliniche riferite dall'Autore, esse si riferiscono ad individui emaciati, 3 volte per pellagra più o meno avanzata, una volta per cloroanemia e zoster, una per ectima, e tre per eczema più o meno grave. Tutti questi ammalati guarirono in un tempo relativamente breve,

e la preparazione rameica fu data in pillola cominciando dalla dose di 1 centigr. fino a 5 centigr. una al giorno.

L'Autore ne trae lo seguenti conclusioni:

1° Che il solfato di rame è un rimedio utilissimo in quelle dermatosi che sono mantenute da deficienza od atonia di nutrizione, e depauperamento della massa sanguigna (pellagra, clorosi, scrofola, oligocitemia, ecc.), e che è opportuno esperimentarlo maggiormente;

2° Che la sua azione trofica è rapida e durevole.

3° Che il più semplice e più facile mezzo di amministrarlo si è sotto forma pillolare al principiare del pasto, o durante il pasto stesso.

Contribuzione patologica e clinica intorno all'eritema multiforme essudativo; del dott. Vincenzo Tanturri. (*Morgagni*, aprile e maggio 1877).

È l'esposizione clinica minuta ed ordinata di 19 casi di questa malattia osservati nella clinica dermopatica di Napoli. Già Hebra ne fece oggetto di sua osservazione, e pei caratteri costanti o quasi che presenta la distinse facendone una specie a sè dall'eritema semplice, di iperemia.

La febbre non è immancabile, è però frequente da uno a 4 giorni, ed anche fino a 10. Le efflorescenze sono macchie, nodi, pomfi, tuberi che scompaiono in minor o maggior tempo, o si trasmettono d'aspetto facendo a forma discoide, anulare o girata. Possono invadere anche la mucosa della bocca sotto forma di erosioni ed ulcerazioni erpetiche, od irritazioni della congiuntiva. Hebra, secondo l'Autore, ha esagerato dicendo che in ogni caso l'eruzione è nei piedi, perchè di spesso si trova al volto, al collo o nel dorso, ecc., senza svilupparsi sulle mani e sui piedi. Il morbo procede per lo più a recidive od a casi sporadici, ed in quelli riferiti dall'Autore ve n'è uno che veniva colpito annualmente per 5 volte al dorso delle mani. La durata dell'eruzione è generalmente di 1 o 2 settimane, ma Lipp la vide protrarsi fino a 11 mesi. La febbre quando esiste la temperatura non sorpassa i 40°,6 centigr. ripetendosi ad ogni eruzione. Le articolazioni sono dolenti, ma senza versamento, e con sudori abbondanti.

Quanto all'eziologia di questo morbo, e del quale si è creduto poterne fare una dipendenza dal reumatismo, per la sua rassomiglianza colla peliosis reumatica, l'Autore non è affatto alieno a questa idea, ma differenzia però sempre la purpura semplice dalla peliosi. Riguardo poi al rapporto dell'eritema multiforme con la nevrosi vaso-motoria contrappone il dubbio della mancanza di ricerche sui centri ganglionari del simpatico.

Lasciando ora la descrizione delle 19 osservazioni ci limiteremo a dar conto di quelle del prof. Tanturri.

Nel 1° caso la prima eruzione si presentò subito in modo sincronico e simmetrico alla radice del naso, del mento, al dorso delle mani e dei piedi; nel giorno seguente alla faccia, ai carpi, all'articolazione delle ginocchia e al dorso delle mani e dei piedi; nei giorni successivi si sono moltiplicate le efflorescenze con nuove eruzioni alle braccia, antibraccia, al

dorso ed alle natiche, alla mucosa labbiale, ed al palato duro con vesciche ed erosioni. La durata dell'eruzione è stata di 7 giorni nelle singole successive. La seconda eruzione fu segnalata da efflorescenze nelle avambraccia, gambe, più confluente nelle stesse sedi, nel giorno seguente fuvvi nuova eruzione nei carpi ed antibraccia. La terza recidiva si presentò alle ginocchia, ai carpi, alle coscie già occupate, nello scroto, alla regione mastoidea sinistra e nel lato destro del collo. La quinta fu seguita da efflorescenze nel dorso, agli arti superiori, alle antibraccia, ai carpi, alle coscie, ginocchia e gambe, all'addome, alle regioni laterali delle braccia, alle natiche completando la eruzione con una recidiva generale in tutte le sedi colpite specialmente nelle braccia con aspetto violaceo ed emorragico.

Tutte le recidive furono simmetriche nelle diverse sedi.

Le efflorescenze presentaronsi più numerose alla prima eruzione che fu di diverso aspetto. Alla fronte, al dorso, al petto, alle regioni scapolari ed agli arti le efflorescenze restarono isolate. Furono confluenti al collo, nei carpi, ed attorno alle articolazioni in corrispondenza della rotula. L' aspetto nelle recidive è stato loro multiforme nella 1ª eruzione, macule, nodi, pomfi, vescicole, pustole e gruppi di vescicole. Le macule predominarono alla fronte, al dorso, sulle braccia; i nodi nei carpi, nelle articolazioni del ginocchio, nelle gambe, antibraccia ed alla radice del naso; i pomfi nel collo, nelle scapole, nelle gambe, nelle ginocchia, nelle palpebre e nella faccia.

La 2ª e 3ª recidiva si distinse per localizzazione alle braccia, alle gambe ed allo scroto dove si riscontrarono nodi lenticolari, larghe placche ulcerate, e larghe macchie emorragiche, puntiformi a gruppi.

La 4ª eruzione si tenne nella forma della roseola alla parte inferiore, al torace, all'addome e più disseminata agli arti. Questa forma a poco a poco passò a roseola infiltrata conservandosi tale nel dorso e nel petto, mentre nelle braccia ed avambraccia divenne emorragica. Con questa eruzione ve ne fu una di nodi, e di vescico-pustole nei fianchi, nelle spalle, nelle cosce ma senza emorragia.

Nello stadio iniziale le efflorescenze occuparono maggiori sedi con gradazioni diverse di morfologia e di sviluppo dalla semplice iperemia alla essudazione siero-purulenta. Nell' ultima recidiva si ebbero forme essudative collaterali ed indipendenti con predominanza del carattere emorragico dell'eruzione. È probabile che il momento emorragico abbia diminuita la essudativa come è regola.

Le forme furono parimenti modificate dall'influenza topografica. Diffusa alla radice del naso, nelle palpebre fu circoscritta alla fronte, al petto, all'addome; le forme anulari al collo, le confluenti ai carpi, ai cubiti, alle ginocchia, al tronco, alle braccia; nelle coscie osservaronsi forme diverse disseminate.

Quanto alla simmetria è da notare che fu approssimativa nelle regioni omonime, e ciò fondasi sulla perfetta identità delle regioni ana-

tomiche; ciò che corrisponde alla identità della direzione delle linee cutanee in ambo i lati. Ciò spiega perchè la tensione e l'elasticità sia minima sul tronco, nell'addome principalmente nell'uomo, nelle natiche, nelle braccia, mentre vicino alle articolazioni, ove le linee cutanee sono irregolari anche le forme rendonsi tali confluenti, cioè per la prevalenza che hanno le eruzioni, di predilígere le superfici estensorie delle articolazioni, fondata sulla disposizione dei vasi papillari, sul maggior calibro dei vasi atteso un più grande sviluppo dello strato epidermico. È anche da osservarsi che nella pelle le vene sono di calibro maggiore delle arterie e spesso formano una rete tumida alla base della papilla, nelle labbra, nelle ali nasali, nella conca dell'orecchio producono dilatazioni lacunari che accrescono le conseguenze della stasi e facilitano l'emorragia, mentre nelle gambe e nelle avambraccia vi è maggiore influenza della stasi venosa.

La forma dell'eritema multiforme può essere complessa, lieve o grave, e ve ne sono esempii nei casi esposti dall'Autore.

Il pronostico ne è ordinariamente felice. Però l'altezza della febbre, l'ostinazione delle recidive possono consigliare una riserva sul suo esito finale.

Sulla patologia e terapia di particolari malattie cutanee; del dottor prof. Kaposi. (*Wiener Medic. Wochens.* N. 35, 1877).

L'Autore intende con questo scritto di caratterizzare le differenze che stanno fra il *lichen ruber planus* ed il *lichen ruber acuminatus*, mettendo in evidenza che il primo ha tali caratteri distintivi da poterne fare una forma a sè totalmente distinta da quella del secondo, quantunque presentino forme identiche e lo stesso processo.

Il *lichen ruber*, descritto per il primo da Hebra, presentasi sotto forma di papuline rosse, coperte di piccole squamme, discrete non faggruppate, alle quali mano mano si ammassano nuove papuline disposte irregolarmente, si diffondono finchè infiltrano i tessuti, si ispessiscono, e vi si aggiungano desquammazione e screpolature cutanee. Il palmo delle mani e la pianta de' piedi sono la sede di forti callosità, le unghie si alterano, i peli cadono, viene a poco a poco l'emaciazione ed anche la morte.

L'Autore fin dal 1862 denominò di *lichen ruber acuminatus* quei casi in cui eranvi le papuline rosse a puntate coniche, forforacee, disposte come i crini di una spazzola, ed ora distingue questa forma coll' altra che ama chiamare *lichen ruber planus* ove le papuline sono piane, non forforacee disposte a gruppi ed a placche di un particolare splendore cereo, e di un aspetto ombellicato e depresso. Di questa malattia rara egli potè vederne in 2 anni 9 casi e dal 1872 vide 15 casi di lichene rosso, mentre di *lichen ruber acuminatus* capitarongli negli ultimi 2 anni 3 casi, e dal 1872 6 o 7.

Caratteri del *lichen ruber planus* sono papule fittissime del volume di un grano di miglio o meno riconoscibili col rischiaramento laterale,

rosso-brune, rosso-pallide, od interamente pallide, cereo-risplendenti, piane od appena rilevate, sensibili al tatto, rotonde irregolarmente, dentellate, e le più grosse portanti un' alone rosso, incavato al centro o semplicemente depresso.

In principio dette papule sono disseminate irregolarmente, ed occupano principalmente la piegatura del cubito o dei carpi, il cavo del ginocchio, il pene, ma il tronco e le estremità in modo speciale. Spesso assumono la forma lineare, od anche più tardi quella di placche della grandezza di una lente a quella di un pezzo da 5 franchi o di nodi isolati formanti dei nuovi rapidi coronamenti papulosi stretti e che tendono a progredire. In mezzo alla chiazza e le parti centrali di esse si deprimono a poco a poco, mentre le papule periferiche acquistano ciascuna il loro punto depresso che tante volte è piccolissimo e somiglia alla puntura di un' ago. La pelle è atrofica e di soventi oscura per pigmentazione. Le placche più grandi sono più chiare, colore caffè e latte, ed intramezzate da telegectasie. La malattia non tende a diffondersi. In alcuni punti presi da essa si sente la pelle cornea come sagrinata. Non havvi mai desquammazione.

Guarendo con o senza cura vi resta sempre l'atrofia ed il coloramento oscuro per molto tempo.

Il *lichen ruber acuminatus* comincia con località sparse e si diffonde rapidamente.

Il *lichen ruber planus* invece in alcuni casi persiste per lungo tempo, da 1 a 2 anni. L'Autore non sa dire se questa malattia possa coll'andare del tempo circoscriversi e guarire da sè. È però un fatto che può estendersi.

I casi da lui osservati di *lichen ruber planus* sono 15: 4 donne e 11 uomini, e non tutti pativano di prurito, in alcuni però era intensissimo.

Il professor Kaposi raccomanda di non confondere queste due forme col lichen ruber di Hebra e perchè allora bisognerebbe creare un nuovo lichen planus, e perchè il lichen ruber di Hebra non è sempre planus. A ciò si deve aggiungere inoltre che il lichen ruber incomincia:

1° Colla forma data dall' Hebra che non pare essersi osservata, per cui venne creato il *lichen sicoples* e che l'Autore denomina *lichen acuminatus*.

2° Il *lichen ruber* appare sotto la forma che l'Autore ed altri riconoscono per *lichen planus*, che potrebbe anche dirsi *lichen ruber*, ma che esso chiama *lichen ruber planus*. Queste due forme possono trovarsi insieme, e può essere confuso colla sifilide papulosa, col psoriasi e coll'eczema papuloso.

L'arsenico ne è il miglior rimedio.

1.° **Un caso di lichene piatto**; del dott. G. Henry Fox.

2.° **Altro caso simile**; del dott. E. L. Keyes.

3.° **Altro caso simile**; di E. B. Bronson. (*Archiv. of Dermatolog.* New-York, vol. 2°, 1877, e *Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1877).

1.° Una donna di 47 anni, di buona salute, soffre di dispepsia ed insonnio. Dodici anni or sono dopo un aborto pativa di eruzione agli stinchi, sembra di porpora, accompagnata da cardiopalmo ed artralgie che le restarono sempre. Nel 1875 la detta eruzione si manifestò con papule isolate, pruriginose che divennero confluenti. Scomparvero quindi nell'inverno, per ricomparire nell'estate alle braccia. Ora è limitata alle avambraccia, alle gambe, tanto nella superficie di estensione che di flessione; qualche papula all'addome e sulle coscie. La maggiore confluenza è al muscolo gastronemo destro. Sulle tibie veggonsi manifestazioni più vecchie di color violaceo riflesso e sparse di numerose macchiette bianchiccie per distacco di epitelio dei follicoli, somiglianti a scaglie.

Le papule lenticolari rosso scure depresse al centro sono sparse od aggregate e pruriginose. Allorchè sono isolate seguono la distribuzione lineare di ogni profonda scalfittura. Il prurito cresce col caldo e col riposo del letto, e sotto i cambiamenti di temperatura.

Miglioramento cogli alcalini.

2.° Il dott. Hawkins presentava il seguente caso all'esame della Società dermatologica:

Uomo di 56 anni, subì più o meno gravi attacchi di reumatismo, ed è affetto da stenosi mitrale. Diciotto mesi prima dal suo esame cominciò ad ammalare per eruzione di papule isolate, piatte, livide alle regioni ascellari, che presto si fecero confluenti e furono accompagnate da intenso prurito. Apparvero poi ancora gruppi di papule al gomito e sopra le superfici di flessione in generale che però qualche volta invadevano anche la superficie di estensione. Ciò che non si osserva nel lichene piatto. Papule isolate appiattite od a gruppi, liscie, lucenti e di color livido si osservano all'addome e al perineo, alcune ombilicate, e qualche ammasso scaglioso; alcuni datano da 18 mesi. Diametro delle papule piccolo, di circa una linea. Distribuzione irregolare con tendenza però alla simmetria. Prurito principalmente notturno. Cura: alcalini, ricostituenti, e frizioni di sapone verde e unguento citrino ma con poco o nessun vantaggio.

3.° Del dott. Bronson. Donna di 50 anni, di aspetto poco buono, affetta da alcuni mesi da emissione frequente di orine ed anche da incontinenza delle stesse, e da prurito vulvare da alcuni anni. Da 10 anni soffre di eczema al ginocchio sinistro. Nella primavera del 1876 si accorse di alcune papule all'avambraccio, indi alle braccia, alle gambe ed altrove accompagnate da prurito. Queste sono infatti numerose, sparse, di color rosso, grosse da un semplice punto al capocchio di spillo. Sono lucenti e brillanti di superficie, appiattite all'apice ed ombelicate legger-

mente. Anteriormente al corpo si presentavano collegate in larghi ammassi rossi o color porpora che si andavano desquammando in iscaglie simile a crusca, e che mostravano numerosi striature o piccole fessure attraverso lo strato epidermoidale. Nelle gambe eranvi papule isolate ma caratteristiche. In tutti i punti prurito eccessivo. Fu curata cogli arsenicali e sembra con qualche profitto.

Azione dell'acqua sulla pelle sana ed ammalata; del profess. Hebra. (*Wiener Med. Wochenschrift.* 6 ianuar 1877 e *Giorn. Italiano delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Il prof. Gamberini facendo l'estratto della memoria del prof. Hebra la commenta e vi aggiunge le sue idee in proposito che collimano con quelle dell'illustre dermatologo di Vienna; e crediamo prezzo dell'opera il riportarne sommariamente il concetto avvalorato, come è, dal voto favorevole del nostro Italiano.

Hebra è del parere che fino ad ora non sii ben stabilito se l'uso dei bagni freddi preservi l'uomo da malattie, ed il Gamberini nota anch'esso come sebbene le manipolazioni acquee promovino un generale benessere pure possono determinare un'irritazione cutanea e quindi produrre eritemi, pomfi, papule, eczemi, ecc., esempio, i lavoranti che maneggiano frequentemente l'acqua e nei quali sono frequenti queste malattie. Oltre l'effetto dell'acqua aggiungasi quello prodotto dalle frizioni con pannilini ruvidi od umidi.

Le bagnature fredde o calde che siano, si confondono facilmente nei loro effetti, sì perchè le prime si riscaldano presto a contatto della cute, sia perchè le seconde diventano più fredde di quello che erano e si portano almeno al livello del calore cutaneo. Gamberini a questo proposito dice che la sua osservazione clinica gli dimostrò essere meglio sopportati e preferiti i cataplasmi caldi che il bagno freddo nella cura di certe malattie.

Hebra quindi, dalla considerazione delle proprietà fisiche che l'acqua esercita sulla pelle ne trae che ne è controindicato l'uso in genere negli individui sensibili, irritabili, e soggetti a rossori perduranti a forma di efflorescenza, a prurito, a gonfiamenti acuti, sierosi, ecc., ed alle dermatosi croniche in cui varii medicamenti abbiano già alterato lo strato corneo. Indicato invece ne crede l'uso in quelle malattie in cui si ha bisogno di un'azione irritante, e di staccare ammassi di epidermide, come nella psoriasi, nel lichene, nell'ictiosi, nella pitiriasi rossa, ecc., oppure quando si ha per scopo di eliminare diverse materie di secrezione, o prodotti infiammatori, residui necrosati, o quando si voglia impedire l'accesso dell'aria in un punto cutaneo, o favorire la cicatrizzazione, ecc.

Ecco le conclusioni del prof. Hebra:

1° L'acqua non è un corpo indifferente per la pelle, ma invece esercita una manifesta irritazione capace di generare forme morbose e persistenti anomalie;

2° La temperatura dell'acqua non ha un posto primario, ma piuttosto emerge la sua proprietà macerante ed irritativa.

3° Nella prescrizione di bagnature, lavature, bagni, ecc., devesi consultare, in riguardo alla temperatura dell'acqua, la sensazione subbiettiva del malato;

4° Le lavande generali ovvero i bagni caldi o freddi non servono quali regole profilattiche a preservare gli organi interni da diverse malattie, ma producono invece di spesso delle infermità cutanee;

5° Se devono adoperarsi con vantaggio i bagni contro malattie cutanee devono essere di lunga durata e non mai al disotto di un'ora; il bagno caldo può continuarsi senza interruzione per un mese nei casi necessarii.

Il prof. Gamberini per parte propria aggiunge che anche dalla sua esperienza risulta come siano nell'uomo sano non solo inutili le frequenti bagnature ma riescano anzi dannose in quanto che risvegliano alterazione nelle funzioni principalmente dei sistemi glandolari sebacei e sudoriferi, che quando si sta bene non bisogna cercare di star meglio a rischio di star peggio, che se a taluni l'acqua non fa nè male nè bene è appunto per l'uso d'abitudine che hanno di essersi addomesticati con essa, conchiude in fine riconoscendo igienico il bagno tiepido, ricorrente, per mondezza di pelle, ma pensa all'opposto circa le bagnature fredde.

Quanto all'uso dell'acqua nelle dermopatie non ebbe mai alcun beneficio dell'uso dei bagni freddi nell'eczema, mentre vide qualche vantaggio coll'uso dell'acqua tiepida, in questa malattia e nelle forme cutanee squammose. Nel lichene il bagno freddo diminuì solo temporariamente il prurito, mentre continuato senza interruzione fu assolutamente benefico nella sollecita risoluzione delle placche mucose dei genitali maschili e femminili.

Insomma nella cura delle dermatopatie il Gamberini è convinto che la cura coi bagni tiepidi è la più acconcia.

Delle eruzioni chiniche; di Giulio Bergeron e Proust. (*Revue de sciences Médicales*, 15 janvier 1877).

È oramai certo come il chinino alcune volte produca curiosi accidenti sulla pelle e ne parlarono già vari autori quali; Chevallier, Briquet, Bazin, Delioux, Hit, Jendi de Grissac, Bergeron e Proust fecero le loro osservazioni a Nogent sulla Marna in una fabbrica di chinino. Gli accidenti si manifestano con eruzioni sulla pelle dei lavoranti ai tini e che si trovano esposti ai vapori carichi di molecole del medicinale.

Ordinariamente cominciano d'improvviso e di preferenza agli avambracci, alle coscie ed alle parti genitali sotto forma di numerose vescicole confluentissime formanti in certi punti delle ulcerazioni e su altri delle croste, alcune volte si può avere il vero aspetto delle bolle di pemfigo, o vaste superfici sprovviste di epidermide o placche d'eczema.

L'eruzione, tolta la causa, per lo più cede agli emollienti.

Sono facilissime le recidive, tanto più se l'individuo non si allontana da ciò che può produrle.

Secondo gli autori questi accidenti sono dovuti ad un' idiosincrasia particolare e non costituiscono perciò un' eruzione dovuta alla professione; ma qualche cosa di analogo alla causa che determina altre eruzioni in coloro che prendono i resinosi o la belladonna, ecc.

Gli autori citano fra gli altri le seguenti storie a dimostrare l' idiosincrasia individuale:

Tre fratelli sono entrati alla fabbrica di Nogent. L' uno vi lavorava da 2 anni, il secondo da 15, senza aver mai avuto alcun leggero inconveniente. Il terzo solamente dovette abbandonare la fabbrica dopo qualche settimana e l'azzardo avendolo in seguito condotto da un rivenditore che aveva accattato degli stracci provenienti dalla fabbrica fu immediatamente ripreso da un'eruzione al viso. Sarà coincidenza?

Un' altro lavoratore che era stato obbligato anch'esso ad abbandonare il mestiere di fabbricatore di chinino, si era dato ad altro lavoro. Questi non poteva passare vicino alla fabbrica senza veder ricomparire la eruzione.

Un terzo che aveva dovuto pure prendere lavoro in fabbrica di altro genere la recidiva fu provocata perchè un compagno gli mutò le calze con quelle di uno che lavorava nella fabbrica di chinino (!).

Sebbene questi fatti possano sembrare un poco esagerati, pure anche noi possiamo citare il fatto di una idiosincrasia speciale riscontrata a questo proposito in una delle nostre ammalate.

M. L. di circa 40 anni, nubile, isterica al massimo grado, abitante in Pavia, soffriva di frequenti febbri intermittenti, anzi al di lei asserto fu qualche volta soggetta a qualche attacco di perniciosa. Presentatasi alla nostra ambulanza sotto un accesso di febbre chiaramente intermittente a tipo terzanario, noi le consigliammo il chinino.

Ella pregavaci di amministrarle qualche altro preparato perchè tutte le volte che aveva preso chinino le si era manifestata un'eruzione resipelatosa al capo, che qualche volta fu tanto grave da porla in pericolo di vita. Noi per quanto tenessimo conto di questa sua asserzione e rispettassimo i nomi dei varii medici che essa nominava a conferma di quanto asseriva, ci prese desiderio di vedere con i nostri occhi quanto di vero vi potesse essere in questo asserto. Ed avendo a che fare con un individuo eccitabilissimo per isteria, le amministrammo il solfato di chinino ad un grammo senza che essa lo sapesse e da prendersi in 5 volte. Ma dopo poche ore dalla seconda presa le si manifestarono alcune macchie rossastre, pochissimo rilevate veramente eresipelatose, dapprima alle avambraccia, e poi alla fronte. E quest' ultime a poco a poco si dilatarono in modo da invadere quasi tutta la faccia e parte del cuoio capelluto, assumendo in tutto l'aspetto di una risipola. In tre o quattro giorni tutto scomparve cessando la somministrazione del medicamento, e sotto l'uso di qualche purgante.

Dopo qualche tempo la stessa essendosi ancora ammalata per forte emicrania a tipo intermittente giornaliero, le amministrammo ancora a di lei insaputa il citrato di chinino, altra volta il valerianato, e sempre collo stesso effetto anzi quest'ultima volta ebbi una vera risipola ancora del viso con varie flittene. Per cui ci convincemmo che questa manifestazione cutanea non era dovuta all'azione degli acidi coi quali era combinata la chinina, ma teneva alla idiosincrasia speciale per il chinino stesso. Più tardi ancora ammalatasi con congiuntivite reumatica, le venne applicata dal dott. Flarer, oculista in questo civico Ospedale, la pomata di chinino, ed anche dietro l'uso di questa, abbenchè fosse in pochissima quantità al primo giorno di sua applicazione, la paziente fu ripresa ancora dai stessi sintomi sebbene in grado minore di forza. Dimodochè fummo costretti tutte le volte che abbisognava di un'antiperiodico, e ciò accadeva soventi volte, di ricorrere al solfato di bussina dal quale ritraeva qualche vantaggio e senza gl'inconvenienti suddescritti.

Sull'anatomia del lupus eritematoso; di Edoardo Geber. (*Revue de Sciences Médicales*, N. 18, 1877).

Le alterazioni anatomiche nel lupus eritematoso furono studiate dell'Autore sul derma e sull'epidermide:

1° Sul derma i vasi sono dilatati e contenenti numerosi globuli rossi. Le loro pareti presentano le cellule endoteliali modificate dall'irritazione e nel tessuto congiuntivale circumambiente, numerose cellule embrionali sotto forma di colonne, dove l'alterazione è più lieve. Nei casi più gravi havvi infiltrazione diffusa principalmente vicino ai capillari. Il tessuto congiuntivale come reticolato per infiltrato di globuli bianchi che probabilmente sono il prodotto dell'irritazione del tessuto connettivo il quale abbia dato luogo ad elementi embrionali. Queste neoformazioni cellulari subiscono delle alterazioni, così alcune sono granulate finissimamente, altre hanno granulazioni più grandi, goccie di grasso e con nodi pochissimo visibili. Le papille sono più voluminose e gli orifici follicolari compressi.

2° Sull'epidermide si trova mancanza di pigmento nelle cellule granulose che sembrano in via di proliferazione, ma il tessuto non è ispessito perchè i suoi elementi subiscono una metamorfosi regressiva essendo sostituiti da corpuscoli di grasso a contorni oscuri.

Lo strato interno dei follicoli pelosi aumenta di volume per proliferazione delle cellule granulose.

Le glandole sebacee per lo stesso fatto si ipertrofizzano. Ciò dicasi anche delle sudorifere. Forse ne vanno affetti anche i linfatici, ma l'Autore non lo può dire con certezza.

Per cui nel lupus eritematoso si distinguono due periodi, l'uno di neoformazione in cui vi sono fenomeni di infiammazione della pelle, l'altro di regresso per degenerazione degli elementi, e riassorbimento dei loro avanzi.

Un caso di lupus eritematoso del pene; di H. G. PIFFARD. (*Archiv. of Dermat. and Syphil.* New-York, marzo 1877, e *Idem*).

È l'esposizione e l'esame patologico di un caso interessante perchè la forma luposa si manifestò, cosa insolita, sul pene. Quest'affezione cominciò con una piccola macchia rossa sopra il glande, che a poco a poco si ingrandì, prese la forma anulare, dopo qualche tempo se ne vedevano tre dell'aspetto presso a poco del tricofiton.

L'Autore fatta la diagnosi di lupus eritematoso, che a primo aspetto sembrava potersi confondere col parassita nominato, cloroformizzò il paziente e disseccò la porzione prepuziale dell'anello più largo, e unì l'incisione con quattro punti di sutura. Troncò gli altri anelli col filo di platino riscaldato al bianco. Sei giorni dopo tutto era cicatrizzato.

L'esame microscopico diede il seguente reperto: Lo strato corneo era composto di quattro a sei strati di cellule ovali, molte delle quali presentavano un nucleo indi eranvi parecchi strati di cellule ovali, piene di granuli; quindi le cellule del reticolo del Malpighi con poco pigmento alla parte inferiore; tale strato grandemente variava nelle differenti porzioni, e in varii punti inviava verso le parti profonde lunghi ed irregolari prolungamenti racchiudenti in mezzo ad esse delle papille allargate.

Nella parte centrale della lesione le papille erano molto infiltrate da piccole cellule rotonde che mascheravano qualunque altra struttura. Ai margini tale infiltrazione era minore. In alcuni punti queste cellule si estendevano in mezzo alla rete del Malpighi velandone i contorni; in altri punti fra queste piccole cellule e la rete esisteva un ben distinto intervallo.

L'infiltrazione occupava solamente le porzioni superficiali del corion; le più profonde ne erano libere con ben manifesta rete delle fibre elastiche. I capillari superficiali erano invisibili, i più profondi apparivano grandemente allargati.

Nessuna glandula ipertrofica.

Dell'orticaria gigante; del dott. J. L. MILTON. (*Revue des sciences Médical*, N. 18, 1877).

L'Autore avrebbe osservato una forma di malattia della pelle molto somigliante all'orticaria, ma che da questa differenzia sia per non essere accompagnata dalla febbre e da disturbi dei visceri sia pel suo aspetto di placche più larghe, rilevate, pel maggior senso di tensione, e pel suo andamento. Non è possibile poi confonderla coll'espulsione osservata e descritta da Oppenheim, perchè questa ha la sua sede di predilezione al livello delle articolazioni nel senso delle flessione, per l'aspetto globoso delle elevatezze e per la sensibilità alla pressione.

Non potendo adunque immedesimarla con queste due forme ed avendo qualche cosa di analogo alla orticaria comune l'Autore la chiama orticaria gigante.

Ne riferisce 5 casi:

Caso 1.° — In questo primo caso il male si manifestò alla coscia

destra in corrispondenza al legamento del Falloppio. Esordì addirittura senza prodromi con una macchia dura, indolente, pallida, larga 3 pollici. Dopo tre giorni scomparve affatto senza alcuna cura. Il giorno dopo comparve un'altra simile placca al disotto della cresta iliaca sinistra, della lunghezza di sei pollici, elevata dalla superficie cutanea di circa 2 centimetri. Questa cominciò a diminuire dopo 48 ore e in 4 giorni era affatto scomparsa mentre sulla coscia sinistra e sulle anche se ne mostrarono qua e là delle altre simili, continuando così per lo spazio di tre settimane. Quattro mesi dopo se ne produssero delle altre alla fronte, alle narici, alle labbra ed alla gola, senza che la salute si alterasse menomamente.

La cura fu interna ed esterna. Internamente vennero amministrati varii medicamenti, ed esternamente provati fomenti locali, bagni generali ed a vapore, pomate, ecc., ma con pochissimo risultato. Il solo joduro di potassio sembrò avesse ammansati leggermente i sintomi.

Caso 2.° — In questo si trattò di una sol placca larga, dura, che una giovane donna portava sulla fronte, e che per lo spazio di diciotto mesi non l'aveva mai lasciata, sebbene vi fossero state molte scomparse e ricomparse. In questo individuo vi fu leggier prurito.

La cura durò 5 mesi nel qual spazio di tempo la paziente potè dirsi guarita, e consistette nell'amministrazione del percloruro di ferro e dell'arsenico.

Caso 3.° — Un uomo robusto si ammalò per angina, e dopo alcuni giorni gli apparve sulla cute una eruzione confluente di orticaria, alternantesi ora sulla pelle, ora sulla mucosa della bocca.

La stessa cura.

Caso 4.° — In questo ammalato l'eruzione fu più estesa, più grave e diuturna, giacchè durò più di 7 anni, ed ogni 15 giorni il paziente aveva una nuova eruzione. Le parti prese furono ad un tempo le palpebre, la faccia, il membro, lo scroto, e tratto tratto le narici.

La cura fu di percloruro di ferro, aconito e regime dietetico poco carneo.

Caso 5.° — In questo la malattia si staccò dagli altri suddescritti per alcuni caratteri, ma la sua diuturnità bastò a differenziarla dalla orticaria comune. Questi caratteri sono la sua durata che fu di 8 anni, mentre le eccessive eruzioni di miliare precedute da disturbi gastro-intestinali ed il prurito che accompagnava l'eruzione sono sintomi comuni alla miliare ordinaria. Però dopo qualche giorno, per molte volte, si produceva al luogo delle placche una desquammazione furfuracea, ed anche una vera esfogliazione.

In questo ammalato che era già stato a molte stazioni idropatiche nè il ferro, nè l'arsenico portarono giovamento alcuno.

Della cura locale della psoriasi; del dott. Wyndham Cottle. (*Revue des Sciences Méd.* N. 18, 1877).

L' Autore all'ospedale Blactifoiars a Londra curò più di 50 ammalati

di psoriasi inveterata col metodo del caoutchouc sciolto, e ne ebbe buonissimi effetti. Ecco il suo atto operativo:

Egli prende 15 grammi di caoutchouc e 345 di cloroformio e lo applica sulle parti ammalate. Con questo mezzo viene ad ottenere un intonaco impermeabile aderente meglio che la gutta-perca ed il collodion elastico. Egli designa però come cosa indispensabile prima di applicare il rimedio di levare le squamme il meglio che è possibile, e lavare la superficie coll'alcool rettificato, o coll'etere onde sciogliere il grasso, e di asciugare in seguito i tegumenti. Con questo mezzo la pelle da arida e dura, diviene umida e perde la facoltà della riproduzione delle squamme; queste cadono lasciando i tessuti sottoposti quasi allo stato normale; anche il rossore postumo a poco a poco scompare o tutt'al più non figura che come una macchia cutanea circoscritta e temporanea.

Nota sopra un caso di lingua nera; del dott. A. Lancereaux. (*Revue des Sciences Médicales*, N. 21, 1877).

Il prof. Lancereaux presentò alla Società medica degli ospedali un caso di coloramento nero della lingua che lo stesso crede dipendente da parassitismo.

Un'uomo di media età presentava la lingua di colore nero come se fosse tinta di inchiostro, questa colorazione incominciava verso la metà della lingua, ed in avanti dal V linguale s'estendeva a poco a poco in maniera di occupare tutta la faccia dorsale dell'organo. Formava una larga placca, saliente, allungata e nettamente circoscritta sui bordi.

Col raschiamento veniva tolta una sostanza poltacea nera, abbondante la quale sciolta nell'acqua lasciava vedere un gran numero di filamenti somiglianti a peli di circa un centimetro di lunghezza, e che al microscopio si presentavano sotto forma di piccoli cilindri, più chiari al centro con bordi più carichi, risultanti da elementi epiteliali ammalati, ai bordi si vedevano numerose cellule epiteliali aderenti per un'estremità, mentre l'altra era libera.

Le papille filiformi erano rivestite da cilindri ipertrofizzati e portanti alla superficie come una crosta dai corpi cellulari disposti in ammassi, e che non erano che spore.

Le spore sferiche avevano un diametro che variava tra 0,004, e 0,005 millimetri; ed erano ordinariamente attaccate ai cilindri epiteliali.

Esistevano inoltre dei tubi di spore ondulati e ramificati.

Della colorazione nera della lingua per cromidrosi; del dott. Armaingaud. (Idem).

Armaingaud presentava alla Società di medicina di Bordeaux un'altro caso di colorazione della lingua in cui, a differenza del sopradescritto, non eravi alcun rapporto tra la alterazione di calore e l'ipertrofia delle papille della mucosa, ma che invece il rapporto stava col sistema nervoso. Un giovane studente ne era il soggetto. Egli presentava la lingua nera tutte le volte che si esponeva a veglie prolungate, o ad altre fatiche eccessive. Questa colorazione spariva colle unzioni di olio,

o di glicerina. Da questo fatto, l'Autore pensò alla cromidrosi della lingua, perchè le sostanze oleose servono a togliere i prodotti della cromidrosi stessa.

Sembra anche che tale fatto patologico si verificasse in un zio e in un fratello del paziente. Al microscopio questo intonaco nerastro lasciava scorgere in mezzo delle cellule epiteliali, dei piccoli bastoncini somiglianti a quelli trovati da Robin nel prodotto della cromidrosi.

L' Autore crede in questo caso all'influenza di un disturbo vaso-motore.

Xantelasma; del dott. Pio Smith. (Idem).

L' Autore dalle 8 osservazioni fino ad ora conosciute di questa malattia ne trae che essa consiste in un'iperplasia cronica del derma mucoso e che l'epidermide ne è invasa in modo secondario, e così pure il tessuto connettivo sotto-dermico. Il processo può essere infiammatorio ed allora non si trovano al microscopio che elementi embrionali gialli e rotondi, vere leucocisti infiltrate di grasso e di cristalli di colesterina. Oppure può essere a forma sub-acuta, lenta, vi ha neoplasia ed apparizione di elementi fusiformi e stellati del tessuto connettivo. Il primo tipo corrisponderebbe al xantelasma planum, il secondo al xantelasma tuberosum. È una lesione dalla cute da paragonarsi all'ateroma arterioso.

Dalle storie raccolte dall'Autore risulterebbe pure che in tutti i casi di xantelasma generalizzato vi erano sempre malattie del fegato ed itterizia cronica, che non fa mai difetto nel xantelasma tuberosum. Ed egli spiegherebbe ciò dal contatto prolungato della bile coi tessuti della pelle, pel quale si susciterobbe una infiammazione particolare di essa.

Caratteri clinici dell'affezione sarebbero le due forme distinte di macchie o di noduli Il presentarsi sotto forma di striscie giallastre lineari al palmo delle mani, ed a livello delle pieghe articolari, e soventi sotto quella di papule confluenti alle palpebre.

Incomincia prima dall'occupare le palpebre, sopratutto verso il bordo interno, poi invade i piedi e le mani, le dita, le articolazioni, ed infine il tronco e l'addome, rarissimamente le gambe. Sotto la forma maculosa si mostra sulla mucosa della bocca, delle labbra, della lingua e del palato.

Intorno al cisticerco della cellulosa e sua manifestazione nella pelle dell'uomo; di Lewin. (*Charité-Annalen*, Berlin 1877, e *Revue des sciences med.*, n. 21, 1877).

L'Autore riferisce tre storie di cisticerci della pelle umana.

1.ª Osserv. — Giovane di 22 anni, presentante sotto la pelle 5 tumori del volume di una ciliegia a quello di una nocciuola. La sede di questi tumori era tra la pelle ed il tessuto cellulare, avevano consistenza elastica, ed erano affatto indolori.

Il malato si lagnava di cefalalgia vivissima, a parossismi che si poteva attribuire ad altro tumore simile dell' interno del cervello.

2.ª Osserv. — Un ammalato presentava null'altro che accessi di asma ed un gran numero dei suddescritti tumori.

3.ª Osserv. — Altro individuo con uno di questi tumori parassitarii del volume di una nocciuola sotto la mammella sinistra.

Dalle varie osservazioni di tale malattia pubblicate dagli Autori risulta che certi sintomi poco definiti si possono mettere in relazione colla loro vera causa, la presenza cioè di questi parassiti negli organi interni.

Dalle statistiche si ha che in Allemagna il cisticerco è più frequente che l'echinococco, e tanto quanto la trichina.

Vennero molte volte questi tumori confusi con nodi dì lupus, con tumori fibroplastici, con carcinomi, e con tumori gommosi.

Lewin crede che il cisticerco possa camminare attraverso i tessuti, e cita 3 casi di Graefe in cui il cisticerco sembrò camminare dall'occhio al cervello e viceversa.

Il cisticerco può vivere nell'organismo umano più o meno tempo secondo la sede. Nell'occhio può dar luogo rapidamente a fenomeni infiammatorii gravi, nel cervello invece può vivere 7, 9 ed anche 12 anni.

Quanto all'eziologia ne è ancora oscura. L'infezione può avvenire in due maniere: sia direttamente per quelle di una tenia vivente nell'intestino, sia indirettamente per le uova di una tenia proveniente da un altro individuo. L'Autore è proclive ad attribuire i sintomi morbosi osservati da parte del sistema nervoso, respiratorio e circolatorio alla presenza della tenia, non a riflessi delle intestina, ma alla formazione di cisticerchi negli organi interni.

La cura è interna ed esterna. La prima col mercurio, arsenico, benzina, ecc. è inefficace. La esterna invece è facile e senza danni. Si tratta di pungere semplicemente la vescicola e vuotarne il contenuto.

Più efficace sarà quindi la cura profilatica, che consiste cioè nel non cibarsi di vivande poco cotte.

Intorno ai cisticerchi della pelle; del dott. P. Guttmann. (*Berlin. Klin. Woch.*, n. 26, 1877, e *Revue des Sciences Med.*, n. 21, 1877).

Ecco il caso di Guttmann:

Un uomo di 63 anni. Nel dicembre 1876 rimarcò per la prima volta l'esistenza sotto alla sua pelle di numerevoli piccoli tumori che del resto non gli cagionarono nessun male.

Quest'uomo aveva sempre goduto di un' eccellente salute.

Presentatosi nel febbraio 1877 alla policlinica presentava:

Sotto i tegumenti delle regioni le più diverse del corpo circa 30 piccoli tumori occupanti in ordine di frequenza decrescente il dorso, il petto, la nuca, le braccia, l'addome, la natica destra. Erano situati immediatamente sotto la pelle, la quale restava sollevata dai più voluminosi di essi. Mobilissimi in certi limiti, erano renitenti, elastici, di consistenza quasi cartilaginea, i dolori affatto alla pressione, la maggior parte ro-

tondi, e di dimensioni da un nocciuolo di ciliegia ad una piccola nocciuola.

Dietro l'estirpazione, uno di essi offriva l'aspetto caratteristico della vescicola dei cisticerchi, molle non pedicolata, situato nel tessuto adiposo sottocutaneo.

La capsula conteneva qualche vasellino: attraverso del liquido racchiuso nella borsa si vedeva il cisticerco sotto forma di un corpo biancastro della grossezza di una piccola lente. Il numero di questi tumori si accresceva incessantemente.

La moglie di questo soggetto evacuava molti anni prima una tenia. Il paziente non ne vidde mai ad onta di considerevoli prese di kousso.

La diatesi reumatica in dermatologia; di Enrico G. Piffard di New-York. (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1877).

Quali manifestazioni della diatesi reumatica Piffard chiama l'eczema, la psoriasi, la pitiriasi, col nome di reumatoidi. Studia egli quindi: 1.° La vera esistenza di questa diatesi. 2.° La sua natura. 3.° Se le affezioni in discorso sieno o meno sotto l'influenza di tale diatesi. La diatesi si può ammetterla e per la unanime opinione di molti intelligenti osservatori, e perchè con essa si spiegano molti fenomeni d'altronde inesplicabili.

Riguardo alla natura di questa diatesi puossi credere che dipenda da accumulo nel sangue di un'eccesso di sostanze escrementizie e presumibilmente di quelle che danno origine alla gotta ed al reumatismo, come potrebbero essere l'acido urico, il lattico, l'ossalico, la creatina, la creatinina, ecc. Il processo d'ossidazione degli albuminoidi, specialmente quando questa essendo incompleta, diminuisce l'urea e aumenta, i prodotti suddetti, per cui l'Autore con Bence-Jones lo ama chiamare processo di sub-ossidazione.

L'accumulo di tali prodotti succede quando o l'azione renale è deficiente, o più frequentemente, quando esiste un'esagerata produzione, che può essere cagionata o da deficiente ossidazione della normale quantità di albuminoidi ingeriti, o da sovrabbondanza di formazione di peptoni e di quei prodotti per metà ossidati e di difficile escrezione.

Tale escrezione sarà fino ad un certo punto mantenuta dal rene, ma reso questo insufficiente i prodotti cercheranno nuove vie di esito attraverso le intestina o dalla pelle, la quale per ciò si fa pruriginosa ed eruttiva.

Se la quantità delle sostanze ingeste è normale e l'ossidazione ancora imperfetta vi sarà deficiente provvisione di ossigeno che va al sangue o imperfettamente sarà messo a profitto, e perciò insufficiente funzione del fegato sede principale dell'ossigenazione. I prodotti sub-ossidati accumulati nel sangue si combinano cogli alcali liberi e coi carbonati alcalini del siero sanguigno che viene così ridotto nella sua alcalinità e ciò ritarda il normale processo di ossidazione.

L'eczema infatti la psoriasi e la pitiriasi hanno caratteri generali comuni e cioè:

Non sono contagiosi.

Frequentemente sono generali non per simultanea invasione di superficie ma per estendersi gradualmente da differenti centri.

Sono simmetrici.

Generalmente cronici.

Di durata indefinita.

Sono ostinati alla cura.

Sono frequenti negli stessi membri di una famiglia.

Si osservano spesso sotto diverse forme in differenti generazioni di una famiglia.

Due o più forme possono presentarsi allo stesso tempo od apparire successivamente.

Passano facilmente da una forma all'altra.

Recidivano frequentemente.

Si alternano con altre malattie interne.

Le lesioni sono sempre superficiali.

Non lasciano cicatrici.

Cedono sotto certe cure che non hanno effetto in altre affezioni cutanee.

La cura deve tendere: 1.° a depurare il sangue; 2.° a favorire l'essudazione.

La prima si fa col promuovere la funzione dei reni, degli intestini e della pelle.

La seconda, contro l'imperfetta ossidazione del sangue, se questa deriva da una soverchia quantità di albuminoidi ingesti, bisogna diminuirne la quantità, sostituendo pane, e grano. Se vi sarà deficienza dei globuli rossi del sangue che sono i veicoli dell'ossigeno si ricorrerà alle preparazioni di ferro, aria buona, ecc. Come pure si potranno tentare le inalazioni di ossigeno, sostanze ricche di esso come il clorato di potassa; gioveranno anche a questo scopo gli alcalini.

Se vi ha torpore al fegato, si darà mercurio, podofillina, ecc.

L'Autore chiude dicendo che tale metodo è destinato a soppiantare il, secondo lui, già troppo in voga metodo di cura arsenicale.

La cura generale però deve essere sussidiata dalla locale.

Della sclerodermia. Lezione del prof. M. Hardy. (*Gaz. des Hôpitaux*, marzo 1877).

L'Autore fa della sclerodermia tre classi tipiche separate: cioè la sclerodermia edematosa, quella a placche, e quella delle estremità.

Nella prima caratteri distintivi sono una durezza e gonfiezza della cute e del tessuto cellulare sottocutaneo, da chiamarsi edema duro; la localizzazione delle manifestazioni cutanee per lo più alle gambe, sebbene si trovino anche sparse pel corpo; la nessuna alterazione della

sensibilità; l'assenza delle macchie pigmentarie e vascolari. Questo tipo somiglia allo sclerema dei neonati.

Nella seconda classe tipica, che è quella della sclerodermia a piastre vi ha di caratteristico che le chiazze occupano tutte le parti del corpo, e possono essere di varia grandezza, multiple od uniche, depresse, di color bianco e della consistenza del cuojo. Le placche col moltiplicarsi si estendono, sebbene questo sia di rado, e si toccano, si confondono insieme, occupano grandi superficii, mummificando quasi la pelle sulle ossa sottoposte, e quando la malattia prende il volto vi dà il vero aspetto retratto che hanno le mummie, senza che la pelle perda delle sue funzioni e della sua sensibilità. Vi sono in questo tipo le macchie pigmentate e vascolari.

La sclerodermia delle estremità è per lo più limitata agli arti superiori, ed allora senza che siavi lesione di superficie le dita si affilano, si impiccoliscono e principalmente le ultime falangi, che vengono ridotte piccolissime, le unghie si perdono in gran parte, le articolazioni si deformano e si piegano ad angolo retto per lo stiramento dei tendini, senza anchilosi e fusione dei capi articolari. La cute resta stirata sull'ossatura, si indurisce e prende un color violaceo. Sul palmo della mano si vedono spesso delle macchie, vescicole o bolle che rompendosi lasciano piaghe superficiali che presto cicatrizzano senza compromettere i tessuti cutanei.

Questi sono i tre tipi diversi di Hardy, però l'identità morbosa di essi tipi è ammessa perchè in tutte e tre si osservano macchie pigmentarie sparse qua e là sul corpo.

La diagnosi di questa malattia sebbene facile pure può essere confusa con quella della lebbra, dell'asfissia e cancrena dell'estremità, della gotta deformante e del keloide. L'Autore ne dà i caratteri distintivi che agevolano moltissimo lo schivare l'errore.

Quanto all'anatomia patologica sembra che egli si attenga alle opinioni già espresse in proposito da Lagrange e Vulpian.

La cura preferibile è quella dei tonici e dei bagni.

Le storie riferite sono in numero di due.

Lezioni sull'erpete nevralgico degli organi genitali; di C. Mauriac. (*Gaz. des Hôpitaux*, N. 7 e seguente, 1876).

Sono sette i casi studiati dall'Autore:

Osserv. 1.ª — Un uomo di anni 38, robusto, ebbe tre anni prima un ulcero infettante. Nel 1870 vide un' eruzione erpetica al solco balano-prepuziale, che dopo si ripetè accompagnata sempre da senso di bruciore alla parte che a poco a poco aumentò al punto da non tollerare le vesti. Vi si aggiunse aumento delle sofferenze in forma di accesso, le glandule inguinali si fecero grosse e dolenti e le vescicole erpetiche si ulcerarono. Tre giorni dopo l'ammalato soffrì un senso di malessere di pesantezza e di contusione a tutti i muscoli della natica sinistra, con senso di correnti di freddo o di calore allo scroto ed al perineo, e do-

lore istantaneo producente la cosidetta pelle d'oca. Le erosioni intanto erano stazionarie, ma i dolori avevano invaso anche la coscia corrispondente, e dopo alcuni giorni gli arti inferiori principalmente il sinistro con senso di contusione ai lombi e alle coscie posteriormente e principalmente alla sinistra, con dolori istantanei fortissimi che dal femore giungevano fino al piede. A mano a mano però i sintomi tutti si ammansarono, le anestesie scomparvero per le ultime, le ghiandole si risolsero completamente, ed in tre settimane l'ammalato fu guarito. Nell'anno seguente il paziente ebbe una seconda eruzione di erpete a sinistra della cicatrice ombilicale preceduta questa da fenomeni di nevralgia e di contusione ai lombi al sacro alla natica sinistra ed alla piegatura ischio-femorale, accompagnati da punti di iperestesia, e da ingrossamento delle glandule inguinali. Col comparire dell'eruzione questi sintomi calmarono ed indi scomparirono in breve. Nell'anno dopo fuvvi nuovo accesso susseguito da una sola vescicola di erpete all'ano. Indi altre tre eruzioni di erpete al prepuzio coi soliti sintomi nevralgici.

Osserv. 2.ª — Un uomo di 31 anni, ebbe a soffrire cinque blennorragie accompagnate da reumatismo articolare blennorragico una volta anche grave. Questo individuo allorchè si presentò alla visita presentava iperestesia alla corona del glande accompagnata da dolori che irradiavansi fino agli inguini. Il punto più doloroso però era al glande ove vedevansi 5 o 6 vescicole di erpete già quasi disseccate sul prepuzio.

Osserv. 3.ª — Un uomo di anni 21, robusto, che aveva avuto malattie sifilitiche e blennorragiche delle quali però era guarito si ammalava improvvisamente per dolori a fitte che dal glande discendevano allo scroto e da questo risalirono a quello. Dopo 48 ore accusò tumefazione al margine del prepuzio con dolore al tatto, susseguita da eruzione di parecchie bolle di erpete, e dietro questa i dolori cedettero di intensità, per rifarsi ancora forti due giorni dopo ed allora si estesero al perineo, all'ano, all'ischio ed alle coscie, e perfino nella gamba e piede, con punti qua e là d'iperestesia acutissima. Questi fenomeni durarono fino alla ventesima giornata nel quale tempo essendo già molto attenuati guarirono presto col guarire delle erosioni erpetiche.

Osserv. 4.ª — In un uomo di 40 anni, due giorni dopo un coito sospetto si manifestò un'eruzione erpetica alla superficie interna del prepuzio, accompagnato da formicolio all'arto inferiore destro, che presto si cambiò in vere punture dolorosissime, disturbi di sensibilità a sede variabile e che ricorrevano ad accessi, per cui anche tutti i bulbi dei peli divennero dolorosi. In una giornata attorno all'erosione si manifestarono due gruppi distinti di vescicole d'erpete, che essiccando dopo alcuni giorni fecero pure diminuire i fenomeni nevropatici, solo restarono fino alla completa scomparsa delle crosticine, e guarigione delle vescicole i fenomeni di anestesia che allora scomparvero anch'essi.

Osserv. 5.ª — Un individuo di 40 anni, soggetto a quanto pare a diatesi artritica, alla quale sembrano soggetti altri membri di sua fa-

miglia, da varii anni va soggetto all'eruzione erpetica del prepuzio, e questa è sempre preceduta da iperestesia quasi piacevole della metà destra degli organi genitali, della regione iliaca ed ischiatica, e della parte anteriore della coscia, che però si cambia dopo poco tempo in una sensazione dolorosa, che prende oltre questi punti l'ano, il perineo, l'uretra la quale produce erezioni dolorosissime, durano così questi fenomeni per 4 o 5 giorni finchè compare l'erpete ed allora i dolori diminuiscono a poco a poco.

Osserv. 6.ª — Un uomo con diatesi artritica cominciò a sentire un senso di contusione alla gamba destra che si convertì in dolore e si estese al piede, alla coscia ed alla ripiegatura della natica corrispondente; dopo 24 ore accusò disturbi di ventre, emicrania e febbre, e dopo 12 ore si sviluppò bruciore al pene accompagnato da eruzione di un gruppo di vescicole erpetiche che guarirono in sei giorni; i sintomi nervosi andarono mano mano decrescendo fino alla guarigione

Osserv. 7.ª — Altra volta lo stesso individuo in seguito a causa reumatizzante si ammalò per senso di malessere e punture e bruciore alla metà destra dello scroto che si propagò al pene, al perineo, natica, e si complicò con alterazioni di sensibilità cutanea, le quali furono seguite nel giorno dopo da eruzioni erpetiche al prepuzio, che essendosi ingrossate produssero anche fenomeni irritativi alle ghiandole inguinali. I fenomeni nervosi già attenuati dopo l'eruzione scomparvero alla guarigione di questa.

L'Autore ammette anch'egli che l'erpete non è altro che un disturbo di nutrizione della pelle determinato da lesioni o spontanee od accidentali di certi tronchi del sistema nervoso trofico per irritazione dei gangli spinali.

Etiologia. — In prima linea colloca l'Autore, fra le cause predisponenti dell'erpete nevralgico dei genitali la diatesi artritica, e subito dopo la diatesi erpetica. La sifilide non sarebbe che un'intermediaria, agirebbe come causa occasionale rendendo viva la disposizione occulta.

Verrebbero in seguito il diabete, le emozioni morali e il neurosismo speciale, e quello stato affatto particolare di alcuni individui che il Mauriac chiama reumatico catarrale, per la quale essi subiscono facilmente le variazioni atmosferiche. Non vi sarebbe alcuna causa locale od efficiente degna di rimarco.

Patogenesi. — L'erpete nevralgico non è che una specie di zooster. A questo proposito l'Autore si riferisce agli studii di Charcot, di Brown-Sequard, di Danielssen, di Esmarch, e di altri che contribuirono a dimostrare la forma di alterazione anatomo-patologica dello zoster; riferisce in seguito le opinioni di Hebra in contrario che l'Autore ribatte, venendo da ultimo alle seguenti conclusioni:

1.° Fra gli erpeti che attaccano i genitali, ve ne ha uno che presenta una distinta forma di nevralgia.

2.° Il dolore precede l'eruzione erpetica di 24 o 36 ore, senza che sia dato vedere il punto in cui apparirà.

3.° Per lo più l'eruzione serve di crisi al dolore, però esso qualche volta persiste.

4.° L'eruzione erpetica è sempre un fenomeno secondario, il fenomeno primitivo è la lesione nervea come lo zoster.

5.° L'analogia della forma sintomatica fra lo zoster e l'erpete nevralgico dei genitali è tale che autorizza ad ammettere l'identità della lesione.

6.° È probabile che un processo iperemico del plesso sacrale sia la lesione anatomica generativa dell'erpete nevralgico dei genitali.

7.° Questo processo iperemico più sparso e più superficiale di quello che avviene nello zoster, attacca di preferenza i filamenti sensitivi anzichè i trofici, e particolarmente quelli del nervo pudendo interno.

8.° Il plesso sacrale può essere affetto al tempo stesso a destra ed a sinistra, ma ordinariamente i fenomeni nevropatici ed eruttivi sono predominanti da un lato solo.

9.° Non avendo dati anatomici non si possono fare che ipotesi sulla precisa sede del processo iperemico del plesso sacrale, in modo speciale però sono attaccate le branche nervose che vanno al pene, allo scroto ed al perineo.

10.° L'irritazione iperemica deve dipendere da una disposizione costituzionale dell'organismo.

11.° La diatesi che più vi predispone è l'artritica, che in questo sorpassa l'erpetica.

12.° L'esistenza di una causa costituzionale spiega le recidive dell'erpete genitale che non sarebbe che l'espressione della diatesi artritica ed erpetica, e di uno stato accidentale reumatico-catarrale che si fissa sotto forma di iperemia sul plesso sacrale, sulle sue propagini terminali, e sull'estremità inferiore della midolla spinale.

13.° Tutte le cause locali dalle quali si vorrebbe dipendente l'erpete sono insufficienti da solo a produrlo direttamente; esso non è l'effetto di un'irritazione locale; la causa accessoria non agisce che suscitando la predisposizione generale e dirigendo la sua azione sulla mucosa glando-prepuziale; questa azione stessa non si sviluppa sui tessuti che per l'intermezzo di un processo iperemico o cellulare, che risiede nel neurilema e modifica la modalità funzionale delle fibre sensitive delle cellule e delle fibre trofiche.

Si diffonde ancora l'Autore sulla sintomatologia di quest'affezione, ciò che noi abbiamo veduto nelle osservazioni cliniche su riportate, nelle quali abbiamo cercato, per quanto succinte sieno, di non defraudarle dei caratteri sintomatologici essenziali.

Quanto alla diagnosi e alla cura nulla vi è di particolare.

Della purpura jodica; di AL. FOURNIER. (*Revue mens. de med. et de chirurg.*, 1877).

L'Autore già da tempo rivolse l'attenzione ad un' eruzione in forma petecchiale che vedeva negli ammalati che prendevano i preparati jodici. Questa forma che Fournier chiama fenomeno raro non è molto frequente perchè fra i tanti ammalati in cura col joduro di potassio, non ne vide che circa 15 avere l'eruzione di cui è parola.

Essa apparisce in alcuni individui predisposti sotto l' uso di poche dosi di joduro di potassio, e quando questo medicamento venga accresciuto nella dose, o quando l' individuo lo ripigli dopo averlo abbandonato per qualche tempo. Si manifesta sotto forma di piccole macchie sotto epidermiche di color rosso-sanguigno, e che non scompajono alla pressione col dito. D'ordinario occupa la parte mediana delle gambe, ma piuttosto anteriormente che posteriormente. L' eruzione è di forma *discreta* non sorpassando le macchie quasi mai il numero di 50 o 60; e sono migliariformi della grossezza di un grano di miglio o di una testa di spillo, ben delineate e nette di contorno. Lo stato generale non vi partecipa, nè si ha reazione locale, talchè danno nessun fastidio agli ammalati, e scompariscono in due o tre settenarii.

L'Autore nell'eziologia vi vede una predisposizione individuale dell'ammalato che prende il joduro, somigliante a quella per cui altri sotto l'uso dei balsamici patiscono di roseola, di acne jodica sotto quella del joduro, o a certi esantemi per l'arsenico, ecc.

Fatto curioso di eruzione oppiacea; di APOLANT. (*Berlin. Klin. Wochenscrift*, 1877).

È la storia di un individuo che sotto l'uso di pochi centigrammi di morfina fu affetto dall'eruzione che l'Autore così descrive:

Le palpebre erano gonfie, edematosa la faccia, vaste elevatezze rosse somiglianti a quelle dell'orticaria ma molto più grandi si vedevano sulle mani e sul corpo. Dopo cinque giorni si aveva desquammazione con distacco di grandissimi lembi di cute. Otto giorni dopo il paziente era ancora coperto di nuova eruzione di orticaria, però meno intensa che la prima, e che terminava anch'essa per desquammazione.

Il paziente aveva avvisato l'Autore di questa sua idiosincrasia pei preparati di oppio, e la prima volta prendeva la morfina senza saperlo. La seconda eruzione susseguiva alla semplice inalazione della mistura che conteneva questo rimedio, non avendo voluto l'ammalato prenderle per bocca per i suoi effetti sulla pelle.

BIBLIOGRAFIA

SORESINA G. B. — **Ricettario.** *Appendice III ed ultima al Ricettario, 1875.* (Milano, Rechiedei 1878, 8° pag. 388).

Non siamo, a dir il vero, gran fatto amanti dei *Ricettarj* poichè essi aprono la via alla medicina sintomatica, e quindi alla polifarmacia, della quale abbiamo fatto tanto per liberarci. Il buon medico sa se sia possibile contrapporre ad ogni male il rimedio, quasi che noi avessimo specifici, e le malattie fossero entità semplici, definite, immutabili o non piuttosto processi, che si svolgono in mezzo a diversissime condizioni, le quali arrecano varietà nella forma, nell'andamento, nelle successioni, negli esiti e di conseguenza ancora nelle indicazioni e nella cura. La medicina *à tiroirs*, come la dicono i Francesi, sì facile a dare patente di morbo ai sintomi, di necessità diviene prolifica di ricette; tante debbon essere queste quante sono le caselle di quelli.

Nondimeno non bisogna spingere il rigore sino al punto da negare la possibilità e l'utilità d'un libro, che in mezzo alle difficoltà dell'arte, ricordi i più efficacj rimedj, i migliori modi di amministrarli; sarebbe lo stesso che dire inutili i Dizionarj medici, sebbene tutti vadano d'accordo nel giudizio che la materia della Patologia, della Farmacologia, ecc. va ordinata non con la successione alfabetica, ma con criterj desunti dalla natura stessa degli oggetti e dalle intime loro affinità.

Posto dunque debbansi concedere, *humanae infirmitati compatientes*, i Ricettarj, procuriamo almeno siano buoni.

È lodevole per diligenza nel raccogliere e disporre il copioso materiale è questo dell'egregio dott. cav. Soresina, il quale con esso dà la terza ed ultima appendice al *Ricettario* da lui pubblicato nel 1875 con lo scopo soprattutto di *fornire un soccorso alla memoria per l'esercizio pratico della professione, pigliando a guida i lumi della scienza odierna ed i metodi più razionali.*

Nella I Parte v'ha il *Ricettario per ordine alfabetico dei morbi*, nel quale vediamo de' principali stati morbosi tenersi conto della varia forma e delle molteplici condizioni acciocchè la cura riesca per quanto è possibile appropriata alle singole indicazioni; valga l'esempio della dispepsia, la quale troviamo distinta in *dispepsia con acidità di stomaco, atonica*, con *atonia intestinale*, con *clorosi, biliare*, con *irritazione gastrica, infiammatoria, duodenale, flatulenta*, con *palpitazione*, con *lingua sporca* ed *inerzia funzionale del fegato*, con *stitichezza*, con *cardialgia*.

La Parte II comprende i *Rimedi nuovi e le nuove azioni terapeutiche constatate in alcuni rimedi già in uso*, e si apre con l' articolo *Metalloscopia* « con un sussidio terapeutico, cioè, il quale, dopo di avere percorsa un' esistenza sempre stentata, e di essere stato quasi onninamente abbandonato dai pratici ci offre ora la sorpresa di ricomparire-

nel campo terapeutico, pieno di vita, rigoglioso, e promettente splendidi risultati. » Quindi è dato per intero il *Rapporto fatto alla* Société de Biologie, *a nome di una Commissione composta dei signori dottori Charcot, Luys, Dumontpellier, relatore, sulle esperienze instituite all'ospedale della Salpêtrière, relativamente all'influenza dell'applicazione di diversi metalli sulla pelle nei casi d'anestesia.* L'occasione era opportuna per citare, quand'anche pienamente non si approvassero, i lavori del Maggiorani sulla *magnete ed i nervosi*; ma noi Italiani siamo così, abbiamo buona memoria per le cose forestiere poca per le domestiche! (Maggiorani Carlo. « La Magnete e i nervosi. » Palermo 1869. — « Illustrazione di un caso di nevralgia oculare combattuta e vinta coll'applicazione della magnete. » Roma 1876 negli *Atti dell'Accademia Medica di Roma* anno I. – Ferri Paolo. « Sull'azione del magnetismo minerale sul corpo, umano. » Pesaro 1874. — Bacchetti. « Calamita nel Dizionario delle Scienze Mediche. » Milano 1872, I, P. II 342).

Ma la Parte più importante del libro del dott. Soresina è senza dubbio la III scritta dal prof. Coletti di Padova, la quale tratta della *cura dei veneficii secondo la scuola tossicologica italiana*, italiana « non perchè i principii che la informano sieno seguiti dalla pluralità degl'italiani, ma perchè la loro origine e il campo ove si esercitarono furono prettamente italiani » (p. 273). La quale terapia tossicologica italiana (di cui è principale merito l'avere ridata la cura del veneficio al medico, togliendola al chimico, che se n'era fatto padrone), non si fonda, dice l'Autore, sull'antidotismo specifico, sulla neutralizzazione chimica, ma sull'antagonismo biologico e sul metodo compensativo. « Il veneficio è un fatto biologico, la cui cura si fonde sull'antagonismo di azione dinamica, diffusa in tutto l'organismo mediante l'assorbimento e la circolazione; esso non si compie che nell'organismo vivente, appunto in quanto è vivo. L'antidotismo è un fatto chimico, e si fonda sulla neutralizzazione chimica di sostanze che hanno tra loro affinità; esso si compie fuori dell'organismo, e se si tenta nell'organismo, esso non si effettua nell'organismo in quanto è vivo, ma indipendentemente affatto dalla vita. Esso potrà forse raramente prevenire, non curare il veneficio (p. 275). » Eppure quale beneficio se si giungesse così ad antivenire il male! Ma pur troppo questo va pur sempre più spedito del rimedio, ed anzi sì rapidamente che l'antidoto giunge le più volte come il soccorso di Pisa. Quale antidoto, diciamo noi, più alla mano, più pronto, più efficace, chimicamente parlando, del cloruro di sodio rispetto al nitrato d'argento? Nondimeno esso ci falla negli stessi nostri laboratorj, dove veleno e contravveleno possono farsi susseguire per modo da non rimanere quasi tempo di mezzo, o per lo meno con tanta sollecitudine, che nelle comuni circostanze certamente non può nemmeno sperarsi. Così lo Schroff vide morire un cane malgrado che il cloruro di sodio fosse stato amministrato non più tardi di cinque minuti del nitrato d'argento; e ad altro cane cui venne dato prima l'antidoto, poscia il

veleno; la morte non venne evitata, ma soltanto ritardata; ed anche il ritardo potrebb'essere semplicemente effetto della minor dose; il nitrato d'argento essendo stato dato questa volta alla dose non di 1 grammo come prima, ma soltanto di mezzo grammo sciolto in acqua distillata. E posto ancora non vi fosse la difficoltà del tempo, s'avrebbero poi nell'organismo vivente tutte le altre condizioni necessarie perchè sia reso incapace il veleno di nuocere, siccome fuori dell'organismo stesso è dato di avere? L'acqua acidula satura del principio venefico dell'agarico bulboso, tenutovi in macerazione, diviene innocua, secondo che afferma l'Oré, filtrando attraverso la polvere di carbone animale. Ma a questo mezzo meccanico affideremo noi la cura de' funghi venefici; potremo noi tramutare lo stomaco in un apparecchio *a spostamento*? Non si creda per altro, continua il chiarissimo Autore, che la terapia tossicologica italiana, nel curare il veneficio, sia così improvvida e disappensata da rimanersene inoperosa, finchè il veleno non abbia manifestato i suoi effetti nell'organismo mediante l'assorbimento; essa pure attende ad espellere previamente il veleno dall'organismo, ma differisce da altri metodi di cura, così nel modo come nel tempo (p. 275). E però egli ammette un' azione *locale* e un' azione *diffusa* o *generale*; ma nel concetto del professore di Padova quella presso che intieramente scompare, poichè a parer suo non debbon esser inscritte nella triste famiglia dei veleni *tutte quelle sostanze che si accolgono nel gruppo degl' irritanti; degli acri, dei corrosivi, che esercitano un' azione prevalentemente locale, o se anche assorbite, non devono all'assorbimento la precipua e deleteria loro azione.* E ciò perchè egli, tenendo ferma la dottrina del suo maestro Giacomini, riguarda l'assorbimento come *condizione imprescindibile di ogni azione così medicamentosa come venefica*; donde la conseguenza di non ammettere quali avvelenamenti i *traumi*, *le violente combinazioni de' caustici con i principii dell' organismo*, nello stesso modo ch'ei non può ammettere fra i veleni l'acqua o l'olio bollente, il vetro pesto o il piombo fuso (pag. 279). Non è qui il luogo d'esaminare se questo modo ristretto di considerare il veleno e il veneficio sia il migliore, quando già dall'altro estremo si giunge a dire veleno *omne id quod naturæ nostræ quoquomodo adversum est*; in oltre sarebbe pure da distinguere il veleno ed il veneficio nel significato meramente tossicologico e nell'altro convenzionale, che gli appone la medicina legale, di riunire cioè al carattere essenziale dell'*eseguità della dose*, la possibilità di introdursi insidiosamente (*clam, occulte et per insidias*) nelle interne parti del corpo umano. Ma comunque si pensi in proposito, resta per altro che non può al tutto uguagliarsi l'azione dell'acqua o dell'olio bollente e del piombo fuso, i quali operano unicamente per effetto del calore, siccome del vetro, agente puramente meccanico, con l'altra dei caustici propriamente detti, che in vario modo e con diversi atti chimici distruggono i tessuti, dando pur luogo a nuove combinazioni. Anche sarebbe da guardare se quelle neutralizzazioni ed azioni chimiche, le

quali non poterono compiersi ne' primi momenti del veneficio, non possano aver luogo più tardi, e in seno agli stessi tessuti, quando sia il caso di metalli che lentamente si eliminano, e si depositano nell'economia (mercurio, antimonio, piombo, *organodepositorische* di Köhler). Lo iodio, il bromo, il cloro distinti come *organodecursori*, non solamente accelerebbero gli intimi scambj della materia e i processi di disassimilazione, ma riescirebbero a formare, secondo Melsens ed altri, composti solubili. In sostanza la cura del veneficio il più delle volte è una cura indiretta e che per conseguenza può ottenersi per varie guise e con espedienti diversi: come ne' morbi di rapidissimo corso e che attentano alla vita offendendola negli stessi suoi centri, è principalmente lo stato delle forze che ha da aversi di mira; le altre indicazioni rimpetto a questa massima e prevalente divengono secondarie; nondimeno esse pure hanno importanza, nè poca soprattutto nella cura consecutiva. Pertanto se all'*antica scuola italiana* (*antica* in modo relativo, perchè oggi tutto più facilmente invecchia) fu fatto merito d'aver combattuto la cura chimica del veneficio, noi ne faremo uno maggiore alla *moderna scuola*, che propugni la cura razionale degli avvelenamenti, la quale sarà *biologica e chimica*, secondo l'opportunità e i vari momenti del morbo esigono. Nel qual voto avremo consenziente non v'ha dubbio, il Prof. Coletti.

Dobell Horace. — **Reports on the diseases of the Chest. Assisted by numerous and distinguished coadjutors in different parts of the world.** Volume III, June Ist 1876, to June Ist 1877. London, Smith Elder et Co., Waterloo Place, 1878, pag. 438.

Il 1.° volume apparve nel 1875 e nell'anno dopo il 2.°: entrambi furono bene accolti. Le informazioni riguardano l'anatomia, fisiologia, patologia, etiologia e terapeutica degli organi che hanno sede nel petto e degli altri che vi hanno diretta correlazione (*and their immediate associates*), comprendono le seguenti regioni: Austria ed Ungheria, Australia, Cafferia inglese, Canadà, China, Francia, Germania, Italia, Giappone, Russia, Spagna, Gran Brettagna e Irlanda, Stati Uniti d'America. La relazione sull'Italia è fatta dal dott. Wahltuch e va dalla pag. 70 alla 104, ed è suddivisa in capitoli:

Anatomia e fisiologia (lavori di Paladino, Chirone, Bizzozero, Peyrani C., Mercurio G. A., Mosso A., Polli).

Diagnosi. (Labus, Baccelli, Pentimalli).

Etiologia. (Mazzotti).

Patologia. (Bizzozero, Foà, Colomiatti).

Clinica medica e chirurgica. (Brigidi, Ghinozzi, Annelli, Maroni, Serra, Albertazzi, Galli, Cantilena, Mazzoni G., Massari, Sacchi, Bozzolo, Galignani, Ghiglia, Donati, Labus, Bulgheri, Gregorelli, Marcacci G., Mucci).

Materia medica e terapeutica. (Billotti, Fera, Pavesi, Ferrini, Mar-

chionneschi, Merlini, Davide, Lombardo, Chiricozzi, Corona, Angrisani, Curci).

Elettroterapia. (Viganoni, Franzolini, Omboni, Verardini).

Igiene. (Franchi).

Medicina legale. (Tamburini).

Bibliografia. (Massei Ferdinando, *Patologia e terapia della laringe*, ecc.).

Miscellanea. (Mattei, *Correlazione fra il polso cardiaco e il sesso del feto.* — Pacini, *Respirazione artificiale*).

Handbuch und Atlas der Topographischen Percussion; del professore Adolfo Weil in Heidelberg. (Leipzig, 1877).

È un bel volume in 8⁰ di 183 pagine con incisioni in legno e 26 tavole. Dividesi in due parti: la parte generale e la parte speciale. Nella prima espone la teoria dei suoni plessici, il metodo con cui si deve praticare la percussione, parla della percussione debole e della percussione forte, finalmente del modo con cui si debbono tracciare sulla cute le linee corrispondenti ai limiti degli organi interni. Nella seconda parte insegna la percussione degli organi che si contengono nella cavità del torace ed in quelle dell'addome ad eccezione dell'utero e delle ovaja. Prima indica i limiti di ciascun organo nello stato normale, poi passa ad esporne le anomalie che s'incontrano nello stato patologico. E questa seconda parte torna interessante specialmente per le tavole che vengono ad illustrarla. Tutte rappresentano fatti tratti dal vero molto chiaramente ed elegantemente. Di questo libro la parte proprio utile, è l'atlante, perchè nel resto l'Autore non offre nè ricerche originali, nè metodo espositivo, nè altra qualunque novità o circostanza, per cui tutto il libro acquistare poteva maggiori titoli per essere annoverato tra le memorabili opere della letteratura moderna. Secondo noi l'egregio Autore avrebbe meglio soccorso al bisogno degli studiosi quando si fosse prefisso di mettere insieme un semplice atlante, in cui dopo le figure anatomo-topografiche dei visceri e relative spiegazioni, seguissero quelle sue tavole con cenni illustrativi, nelle quali si bene si vedono i limiti dei varii organi e le loro alterazioni patologiche. Se male non ci apponiamo il nostro pensiero deve essere balenato anche nella mente dell'Autore. Il quale dopo tutto nel suo libro ha iniziato un'opera che potrà ripresentarci in seguito più completa e senza dubbio di grande ajuto per chi deve intraprendere lo studio della percussione. De-Giovanni.

Die Anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien des Menschen; von doct. F. W. Beneke. (Marburg, 1878).

Come il titolo, così tutto il lavoro, che in questa pubblicazione offre il chiarissimo Autore, è nuovo ed interessante. Il tema che si propone è derivato in parte del moderno anatomismo, in parte da una somma di considerazioni, tutte fatte nel campo della medicina pratica,

e tutte figlie di un concetto che è pure nelle aspirazioni della clinica — trovare la ragione della particolare modalità, che veste in ogni caso la malattia. Infatti l'Autore si propone di scoprire quanto le anomalie di costruzione e di volume dei singoli organi concorrano a generare certe malattie costituzionali, oppure a favorire lo sviluppo ed il decorso di altri fatti morbosi. Mentre, dice l'Autore, in ogni malattia facciamo calcolo delle note cagioni e si sta paghi delle cause immediate dei fenomeni morbosi, dobbiamo invece tendere a riconoscere la efficienza di altre più lontane cagioni, considerando lo stato primordiale originario dell'organismo; dobbiamo vedere se quel vizio, o quella tale impronta costituzionale, o quel modo di comportarsi della malattia hanno la loro ragione nello sviluppo particolare degli organi. Così l'anatomia patologica diventerà, nel modo e nella misura che sono possibili, anche studio patogenico.

Come ognuno comprende, Beneke completa e generalizza ciò che prima di lui qualche altro aveva tentato nello studio di taluna infermità (Virchow), allarga l'orizzonte della moderna patologia e sistemando il suo concetto nelle indagini di tutti gli organi per ispiegare i fenomeni morbosi, incarna nella patologia stessa uno dei principi fondamentali della storia naturale, che nelle leggi della organizzazione e nella correlozione delle funzioni addita la ragione di essere di tanti fenomeni biologici. Non sappiamo se Beneke avesse nella mente di tali idee quando imprendeva le sue prime ricerche; non ne parla e sembra invece, che dalla convinzione generica intorno al valore di esse, fatte su larga scala, sia venuto a risultati che promettono un buon progresso per la patologia. Per questo le sue ricerche stesse hanno in fondo piuttosto l'importanza e l'impronta di fatti empirici, che non di sottigliezze scientifiche. Tuttavia i risultati racchiudono anche un valore scientifico, che, se procederanno le indagini su questo indirizzo, certo si scoprirà e farà giustizia della qualità dell'elogio che or ora abbiamo di buon grado diretto all'Autore. Il quale, avvegnachè dia grandissima importanza allo sviluppo degli organi, non si dissimula che molti fenomeni, che riguardano le malattie costituzionali, dal solo anatomismo non possono avere esatta ed intera spiegazione. Questo pure sia accolto come prova di lodevole temperanza, per la quale l'Autore è per lo più trattenuto dalle forzate conclusioni.

Beneke, esposto il piano del suo lavoro, dimostrato il metodo che tenne nel misurare il volume e la capacità dei vari organi, entra in materia la quale è distribuita in 8 capitoli: cuore, arterie, polmoni, laringe e trachea, fegato, milza, reni, lunghezza del corpo. Ogni capitolo si divide in due parti: nella prima si indaga il volume assoluto e relativo dell'organo nello stato fisiologico; nella seconda il volume assoluto e relativo dell'organo nello stato morboso e specialmente di natura costituzionale. Un lavoro di questo genere doveva quindi riuscire pieno zeppo di cifre e queste stanno distribuite in 61 tavole, ciascuna delle

quali rappresenterebbe il materiale che serve di base alle proposizioni, che mano mano annuncia l'Autore.

Non è possibile in un cenno bibliografico informare di tutta quanta, come che epilogata, la materia. Tuttavia ci studieremo di ritrarre le linee più salienti e fedelmente, affinchè si possa comprendere e la mente dell'Autore e la importanza degli argomenti. Seguo l'ordine da esso tenuto.

Cuore. — Il volume di questo organo nel 1° anno di vita aumenta discretamente; questo aumento è minore mano mano si avvicinano gli anni della pubertà; con questa il volume del cuore si fa maggiore. All'epoca della pubertà, l'aumento del volume del cuore si comporta come nei primi 3 anni della vita. Se la pubertà è rapida può l'aumento del cuore prodursi in misura da sorpassare quelle dei primi 3 anni della vita. Ciò costituisce un fatto nuovo (*Pubertätsentwicklung des Herzens*). Il volume del cuore del bambino, messo in rapporto colla lunghezza dell'organismo, spiega perchè sia necessario che lavori più di quello dell'adulto. Stabilita la media del volume del cuore nell'adulto accenna alle differenze determinate dal sesso; ma in proposito si tiene in grande riserva abbisognando di un maggior numero di osservazioni.

In un uomo morto per insufficienza delle valvole aortiche trovò il cuore più voluminoso; il più piccolo in un bambino di 4 settimane morto atrofico. La congenita piccolezza del cuore è più frequente della congenita ipertrofia. Questa è più di quella frequentemente acquisita. L'anormale piccolezza congenita del cuore influisce sullo sviluppo di qualche malattia e sullo sviluppo generale del corpo; è riparabile se non conduce alla morte. Negli ulteriori periodi della vita trovò a mala pena esempii di piccolezza del cuore e sempre la trovò coincidere colle malattie polmonali ed il dimagramento generale più o meno pronunciato. Tuttavia non si deve dire che il piccolo volume del cuore stia in rapporto collo sviluppo della tisi; ciò apparentemente vale per alcuni casi ed in questi deve ritenersi ragionevole la pratica di combattere l'insorgenza della malattia col rendere più valida l'azione cardiaca, essendo da attendersi una necessaria modificazione anche nel ricambio materiale. Questione importante in casi consimili è se il cuore piccolo è congenito, oppure acquisito, procedente dalla generale atrofia. L'Autore ritiene sia congenito, perchè in alcuni dei predetti casi vide coincidere la piccolezza del cuore colla generale ipoplasia. Vi sono all'incontro altri casi in cui, malgrado la tisi avanzata e il notevole dimagramento, il cuore si conserva relativamente grosso. Abnorme grossezza del cuore ha pure constatato nei primordi della vita autonoma; la vide coincidere colla rachitide e la ritenne congenita. Ordinariamente i bambini soccombono; se campano portano la ragione di speciali sofferenze e dello sviluppo dell'ipertrofia cardiaca. Un tenue grado di grossezza del cuore si presenta anche nella fanciullezza ed anche qui accompagnata dalla rachitide. Anzi dei 19 rachitici che l'Autore ha esaminato nemmeno uno aveva

il cuore piccolo. Non può discorrere della ipertrofia congenita del cuore negli adulti, perchè non può addurre le prove; solo nei carcinomatosi ha constatato essere il cuore relativamente più grosso. Si comprende ch'è ben altra questione quella della ipertrofia acquisita.

Arterie. — Per ben conoscere il lavorio del cuore e la capacità del sistema vascolare è importante conoscere prima il volume di quello e la ampiezza di questo; altrimenti non si può istituire proficuamente un qualunque confronto tra l'uno e l'altro. L'Autore premette la ricerca del *massimo* e del *minimo* della circonferenza dei principali vasi arteriosi; poscia presenta il rapporto che passa tra l'ampiezza delle arterie e la lunghezza del corpo. Da questi dati risulta che il lume delle arterie nella fanciullezza sta in rapporto colla lunghezza del corpo. Il quale rapporto nella pubertà diminuisce e dopo la pubertà ritorna a quello di prima. Quindi nella prima età, sopra una data lunghezza del corpo abbiamo un cuore relativamente piccolo ed arterie larghe; durante la pubertà un cuore relativamente grosso ed arterie piccole. Su altri particolari che l'Autore accenna non ci diffondiamo perchè sono necessarie altre ricerche prima di poterli valutare. La strettezza delle arterie nell'epoca pubere dipende forse dal fatto che in quell'epoca tutte le parti del corpo si allungano (?). Il cuore dalla nascita alla pubertà accresce il proprio volume più che di 12 volte; le arterie nello stesso tempo non aumentano che 3 volte il loro diametro. Per conseguenza la pressione del sangue nella prima età è poca e sale lentamente fino alla pubertà, per crescere allora di molto e rapidamente. Fatti importanti se si rammentano le conseguenze che derivano nello scambio molecolare. Altro punto notevole: alla pubertà ed anche prima le arterie iliache hanno la stessa larghezza sia assolutamente che relativamente alla lunghezza del corpo come le arterie che sono destinate al capo ed alle estremità superiori; all'incontro questi ultimi nell'infanzia hanno maggiore calibro di quelle. Tali rapporti non passano indifferenti sullo sviluppo delle parti; nell'infanzia invero lo sviluppo del cervello, del cranio, dei denti è favorito dal maggiore contingente sanguigno; ma se successivamente non si modifica la suindicata relazione fra le parti anatomiche, resterà nell'individuo la stessa predisposizione alle malattie cerebrali, quale infatti caratterizza l'infanzia. L'arteria polmonale nella infanzia ha diametro maggiore dell'aorta, mentre dopo la pubertà e nell'età matura l'aorta nella maggioranza dei casi è di alquanto più larga della polmonale (e questo contrariamente a quello che scrisse Bizot). In vero nell'età infantile è più frequente la respirazione e la eliminazione dell'acido carbonico, come nell'adulto sono più facili gli aumenti della pressione venosa, quindi le iperemie epatiche, ecc.

La larghezza delle arterie sia considerata qual'è assolutamente, sia in relazione alla lunghezza del corpo, nei differenti individui presenta considerevoli differenze. Sono di grande interesse quei casi nei quali i rapporti tra il volume del cuore e l'ampiezza delle arterie, quali si tro-

vano nella età infantile, si conservano per tutta la vita, l'Autore cita due casi. Quivi il cuore si arrestò nello sviluppo, le pressioni arteriose si mantennero basse, l'organismo debole. Come bene si vede in ciò stanno le ragioni per la manifestazione di particolari anomalie costituzionali.

Perchè si possa dire ristretto il sistema arterioso bisogna misurare tutte le principali arterie e riportare il valore ottenuto sulla tavola in cui l'Autore raccoglie le medie normali. Arterie piccole per lo più si trovano in individui tisici ed in generale nei processi costituzionali affini alla tisi. Ciò nulla meno non ne sono *conditio sine qua non*. La strettezza delle arterie va associata per lo più a cuore piccolo, del resto si danno casi in cui il volume del cuore è normale. È singolare la coincidenza della strettezza delle arterie in tutti quelli che soccombettero al tifo addominale. L'Autore dice che in questi il cuore più facilmente cade in paralisi, anche se è di volume normale, per due ragioni; prima, perchè affatica maggiormente per sostenere la generale circolazione; secondo, perchè data la strettezza delle arterie, è minore la dispersione del calore, quindi nell'organismo si misurano le più elevate temperature e per conseguenza è sempre più facile la degenerazione del miocardio e la paralisi.

Le arterie possono offrire anche un diametro maggiore del normale. Questo fatto accompagna, meno poche eccezioni, le costituzioni carcinomatose. Anche nei rachitici le arterie sono di un calibro molto sviluppato, specialmente le carotidi; il che rende ragione dei fenomeni del capo. Il cuore pure sarebbe in questi individui molto sviluppato e tutto ciò associato, dice l'Autore, alla manchevole ed alterata funzione dell' intestino, spiega la idremia dei rachitici. È studiato anche il rapporto che passa tra il volume del cuore e l'ampiezza delle arterie nei cardiaci e risulterebbe che l' azione di quello, anche se ipertrofico, non porta necessariamente la dilatazione arteriosa, ammessa integra la nutrizione delle pareti.

Il rapporto di larghezza tra l'aorta ascendente e l'arteria polmonale nelle differenti anomalie costituzionali ha grande importanza. Questa emerge dal considerare come diversamente si stabiliscano le pressioni intravasali nelle varie sezioni a norma che il sistema aortico superi quello della polmonale e viceversa. Tre sono i processi morbosi presi di mira dall' Autore: la carcinosi, la rachite, la tisi. Quanto al carcinoma, ritiene che la prevalenza del sistema arterioso sempre coincida col suo sviluppo; ma che questi rapporti non conducano fatalmente al suo sviluppo se non sono favoriti da una speciale caratteristica dei succhi nutritivi. Quanto alla tisi polmonale, come sotto questa denominazione si raccolgono parecchi processi morbosi; così l'Autore annuncia che intende alludere solo a quella tisi che procede dalla peribronchite cronica e dalla pneumonite caseosa. Si comprende che in questi casi la mala influenza della maggiore larghezza della polmonale si manifesta solo perchè aumentando la pressione del sangue nei polmoni, vi favo-

risce il catarro e le croniche inflammazioni. Tra tisi polmonale e carcinosi esistono rapporti diametralmente opposti, per quello che concerne la larghezza dell'aorta e della polmonale. Il tubercolo succede ai primitivi focolai caseosi. Quanto disse Lebert sull' influenza della strettezza della polmonale nel generare la tisi non si può accettare, perchè non è basato sopra misurazioni e dati di confronto.

È maggiore l' influenza del cuore o delle arterie? Quanto più è sviluppato il cuore rispetto alle arterie, tanto maggiore è la pressione sanguigna in queste; e quanto più presto si sviluppa il cuore, tanto più sollecita, florida e completa è la pubertà. I dati di Virchow circa la strettezza delle arterie nella clorosi non sono frutto di misurazioni sopra i maggiori vasi; d'altronde non è la strettezza delle arterie che influisce specialmente sullo sviluppo della pubertà. Quando bene si consideri la cosa, si comprenderà che la piccolezza del cuore, la strettezza delle arterie ritarderanno lo sviluppo degli organi genitali; ma nella clorosi è alterata anche la crasi sanguigna. Su questa agisce la funzione epatica.

Polmoni. — Il volume del polmone, anche negli individui affatto sani sembra presentare moltissime oscillazioni. Tra i due sessi esistono differenze anche più marcate che per il cuore. Il maggiore sviluppo dei polmoni si verifica nei 3 primi mesi della vita. Se nello stesso periodo il cuore cresce di 1[5, i polmoni crescono di 5[7-7[8. Dal 2° al 14° anno l'aumento dei due polmoni avviene in modo presso che uguale. Rallenta lo sviluppo dei polmoni, come quello del cuore dal 7° al 14° anno. Annualmente i polmoni crescerebbero di 1[15-1[12. Durante la pubertà provano un altro considerevole aumento, del resto non eguale a quello del cuore. È importante questo fatto quando vi coincide la strettezza relativa della polmonale in confronto coll'aorta: dal lato igienico e patologico derivano utilissime considerazioni. Il differente grado di sviluppo che offrono il cuore ed i polmoni nei vari periodi della vita, costituisce un fatto che deve essere preso in esame dalla patologia; tanto più che la fisiologia ha registrato quello che nell' infanzia e nell' età matura è caratteristico ed alcune funzioni che sono in rapporto colla circolazione generale e polmonale.

I polmoni più piccoli che ha misurato l'Autore sono di poco più della metà del volume normale, essendo del resto sanissimi. Puossi dunque mantenere regolare la esistenza anche coi polmoni che hanno un volume inferiore di 1[3 del normale. Si domanda a quale malattia dispone la piccolezza dei polmoni? Negli adulti i polmoni più piccoli coinciderebbero col cancro, colla tubercolosi addominale e con altre malattie accidentali. Tale piccolezza polmonale può essere accidentale e può essere acquisita, o per difetto di sviluppo, o per malattia, o per atelectasia esistente fin dall' infanzia. Anche i bambini rachitici hanno polmoni piccoli. È poi notevole il fatto, come la maggior parte dei fanciulli rachitici muoja per malattie polmonali e come queste coincidano con una

maggiore ampiezza della polmonale. In una tavola sono espressamente esaminati i polmoni di individui tutti carcinomatosi e dalle raccolte cifre si desume che realmente il deficiente sviluppo di questi organi coincide sempre coll'affezione carcinomatosa nell'organismo.

Quantò al maggiore volume del polmone si nota, che incontrasi molto frequentemente, ma che hannosi da vincere molte cause di errore prima di ammetterlo nel caso concreto in modo positivo; però l'Autore si propone di convalidare i fatti che espone con ulteriori ricerche. Dimostra che l'enfisema polmonale, la pneumonite, le malattie del cuore; in una altra serie di casi starebbero dei fatti per dimostrare che anche nei morti per tisi può, aversi il maggiore sviluppo polmonale, nel qual caso l'Autore inclina a credere che l'anomalia sia congenita e rileva che per ciò tra i tisici ed i carcinomatosi avrebbesi antagonismo.

Un fatto importante per la patogenesi della tisichezza polmonale sta nei rapporti di sviluppo tra polmoni e cuore. Se questo rispetto a quelli è piccolo ed in tal caso la polmonale è larga e più larga dell'aorta, in allora aumenta la pressione nella polmonale, specialmente negli apici polmonali perchè meno influiti dalla escursione toracica; quindi iperemie e catarri. Naturale conseguenza dei prenotati rapporti idraulici è pure l'aumento di volume del polmone.

Beneke ha pure studiato i rapporti tra il volume del cuore e quello dei polmoni nei carcinomatosi e constatò rapporti diversi.

Il deficiente sviluppo dei polmoni e quello del cuore si connettono colla stentata pubertà. Questo vale in modo generico, perchè l'Autore stesso si scontrò con individui in cui la pubertà era bene sviluppata benchè il polmone fosse piccolo assolutamente ed anche rispetto al volume del cuore. È poi opinione dell'Autore che per il buon andamento della pubertà sia di maggiore importanza lo sviluppo del cuore e del sistema arterioso, che non lo sviluppo dei polmoni; in altre parole: i rapporti di pressione sanguigna nella grande circolazione devono prevalere quando s'incammina la pubertà. Le storie cliniche porteranno su questo argomento i maggiori schiarimenti. Molti tisici hanno grossi polmoni e piccolo cuore, molti carcinomatosi hanno grosso cuore e piccoli polmoni; in quelli succede la pubertà lentamente e tardi, in questi presto e rapidamente. Però bisogna convenire che lo sviluppo del polmone esercita modica influenza e che una maggiore l'esercita il cuore. Questi punti di patologia verranno sciolti mercè diligenti e sagaci esami anamnestici.

Laringe e trachea. — I pochi risultati che adunò l'Autore intorno a questi organi non lo legittimarono a fare una conclusione. Anche questi organi saranno con grande utilità ulteriormente esaminati.

Fegato. — Pure questo presenta moltissime variazioni di volume sia nello stato normale che nel patologico; anche qui grandi difficoltà per arrivare ad una conclusione attendibile. Tutto malgrado l'Autore giunge

alla determinazione di valori che offre come approssimativi e che come tali adopera per istituire istruttivi raffronti. Infatti nella Tav. 39ª presenta gli aumenti che subisce l'organo annualmente e trovasi una progressione identica a quella che offre il cuore; colla sola differenza che questo, durante l'evoluzione normale della pubertà cresce in misura proporzionatamente maggiore. Mentre i polmoni raggiungono il massimo sviluppo nell'epoca della pubertà, il fegato, come il cuore, non lo raggiunge che nell'età adulta. Dopo tutto si deve notare che il fegato nei primi giorni di vita, messo in raffronto colla lunghezza del corpo, ha un volume maggiore del doppio di quello dei polmoni, verso la fine del 3º mese di vita è ancora più grosso, circa la metà; negli ulteriori periodi della vita ha quasi il medesimo volume che i polmoni. Il cuore dalla nascita alla vita adulta aumenta il proprio volume 12-13 volte; analogamente avviene del fegato. I polmoni giunti al loro completo sviluppo presentano un aumento di 20 volte il loro volume. Il fegato cresce adunque parallelamente con tutto il corpo, quantunque più lentamente cresca durante la pubertà e l'aumento che presenta nell'età adulta sia inerente forse alla sua funzione.

Abnorme piccolezza del fegato in 66 cadaveri di 0-14 anni fu trovata 27 volte; 22 volte concomitava il dimagramento generale; 2 volte robusta e ben sviluppata corporatura. Il fegato dunque, come il cuore, impicciolisce quando l'organismo cade in generale denutrizione. Si danno casi in cui il fegato piccolo è congenito ed allora si andrebbe errati subordinarne lo sviluppo a quello del sistema vascolare. V' hanno processi morbosi che più specialmente producono la piccolezza del fegato? V'ha nella età infantile qualche processo morboso che ne possa determinare la riduzione? Sono necessarie per rispondere le maggiori osservazioni, per tanto l'Autore inclinerebbe alla opinione che i processi scrofolosi dell'infanzia, i quali danno poi esito ai processi di tisichezza negli adulti, in generale si caratterizzano per la piccolezza del fegato.

Discorrendo dell'abnorme grossezza di quest'organo Beneke esclude tutti i casi di alterazione nutritiva, di congestione, di degenerazione del fegato. Si domanda se v'hanno processi costituzionali che in fondo possano caratterizzarsi anche pel volume eccedente del fegato e se in tal caso l'anomalia epatica è congenita. L'Autore ammette la rachitide tra le malattie costitutionali, e il tifo addominale tra le acute, le quali si distinguono per essere il fegato più grosso del normale. In due nati morti ed in un bambino di 2 mesi il fegato era più grosso del normale ed anche il cuore aveva eccedente volume. Questa associazione del resto non è costante. Il maggior numero dei bambini morti, in cui il fegato era eccessivamente sviluppato, erano anche rachitici. Se si confrontano le condizioni anatomiche degli scrofolosi con quelle degli adulti tisici e dei rachitici, si vede tosto che in questi abbiamo una combinazione di condizioni anatomiche proprie di quelli. Nei carcinomatosi, benchè i dati dell'Autore non sieno dei più decisivi, si dovrebbe dire esservi il fegato

molto sviluppato fin dalla congenitura. Il tifo addominale è malattia che induce un aumento della mole epatica sebbene le arterie in tali individui, come fu già detto, abbiano generalmente un calibro più stretto del normale.

Milza. — Quantunque anche la milza per la sua grande variabilità di volume presenti le maggiori difficoltà, pure l'Autore, dice avere potuto pervenire a risultati soddisfacenti. Il minimo volume della milza, come quello del fegato, si riscontra nei bambini caduti in atrofia. Questo fatto completa il quadro anatomico che deriva dal ritardato o mancato sviluppo organico dei bambini, i quali muoiono per *debolezza generale*. Qui si tratta certamente di anormale sviluppo congenito della milza. Piccolissime milze si incontrano senza che del resto sieno d'altrettanto deficienti gli altri organi. La milza piccola in generale non la vede nei morti in età giovanile. Al contrario avviene negli adulti, tra cui trovo i carcinomatosi che hanno la milza piccola. Anche nei tisici prevale la milza piccola.

Molto più frequentemente si trova la milza più grossa del normale. Le ricerche furono fatte nel tifo addominale, nella rachitide, nelle quali malattie il volume dell'organo appare sempre maggiore della media.

Reni. — Per determinarne il volume normale prese in esame 180 cadaveri: in 40 non venne a risultato positivo; in 146 trovò 95 volte il sinistro più voluminoso del destro; in 30 il destro più del sinistro; 15 volte i due reni erano eguali. Perchè nella maggioranza dei casi prevale il volume del sinistro? È questo un fatto congenito, od acquisito? Dalle ricerche dell'Autore risulta che il 3° sinistro incomincia a prevalere dopo il 3° mese di vita estrauterina e la causa di ciò starebbe nell'anatomica disposizione delle vene renali a tutti nota. Del resto nelle differenti epoche della vita i reni presentano differenze considerevoli di volume, ma ciò nullameno se ne può determinare la media normale. Studiando poi il modo con cui in relazione alle età varie cresce il volume dell'organo, risulterebbe che questo segue paralellamente lo sviluppo dello intero organismo.

Il maggior volume dei reni osservato in età adulta senz'altra alterazione fuorchè la maggiore replezione dei vasi sanguigni era di 48 c. c. L'abnorme grossezza, come l'abnorme piccolezza dei reni può essere congenita ed acquisita. È naturale la conseguenza che per ciò debba essere differente la quantità della secrezione dell'organo nei casi singoli, e quella di altri che possono adempiere ad ufficio vicario e che si trovano con esso in antagonismo funzionale. Dalle osservazioni dell'Autore sull'origine congenita del maggior volume renale, non appare che sia dipendente da una relativa influenza del cuore, o della larghezza delle arterie. Sembra invece più provato che vi influiscano i rapporti della pressione intravasale.

I reni abnormemente piccoli furono riscontrati nell'età infantile associati a dimagramento generale. Non pare che questa circostanza

abbia influito sulla debolezza generale dell'organismo e sulla morte, perchè non mancano esempi contradditori. I carcinomatosi presentano reni molto piccoli, e qui si dovrebbe vedere una relazione tra il fatto anatomico e l'anomalia costituzionale, quando si pensa che in tali individui lo scheletro è ricco di sali calcari, presentano ossificazioni precoci, il che tutto vorrebbe significare diminuita eliminazione di alcuni corpi per mezzo delle urine. Nei rachitici per lo contrario il rene è più voluminoso del normale. Tuttavia quantunque si vegga essere considerevole la eliminazione dei principii calcari dall'organismo ed essere manchevole l'ossidazione dell'acido ossalico, non si deve attribuire l'anomalia costituzionale interamente al vizio anatomico. Dopo i rachitici il rene è grosso nei tisici, nel tifo addominale. Nelle malattie del cuore, tutto calcolato, si andrebbe a concludere piuttosto che il rene impicciolisce.

Lunghezza del corpo. — Non si è ancora pensato nè in fisiologia, nè in patologia a ricercare l'importanza che può essere inerente alla varia lunghezza della corporatura. In generale nelle famiglie, nelle razze si trasmette per eredità la tendenza al crescere molto o poco del corpo. Ma da che proviene questa eredità? La crescita dello scheletro va parallela coll'aumento proporzionale di tutti gli organi? Per rispondere a ciò occorrono basi fisiologiche. Le ricerche dell'Autore concordano pienamente con quelle di Quetelet: l'altezza media dell'uomo è di 167-172 centimetri quelle della donna di 158-164 cent. Beneke ha poi considerato lo sviluppo scheletrico nei carcinomatosi e nei tisici scrofolosi. In quelli la taglia nella maggioranza dei casi è robusta, le ossa sviluppate, solide, muscoli e grassi molto pronunciati, debole invece la resistenza nervosa. La copertura degli scrofolosi tisici è gracile per lo più; i muscoli più scarsi, la resistenza generale in verso le cagioni morbifiche è poca.

Evvi dipendenza tra il volume del cuore e la lunghezza corporea? L'Autore risponde con franchezza, che non avvi alcuna dipendenza. Nemmeno la strettezza delle arterie impedisce che si allunghi il corpo; anzi vediamo frequentemente la tisichezza in persone alte, che hanno le arterie relativamente ristrette. Questi casi poi contrastano con più tisici, che hanno il cuore grosso e larghe le arterie, nei quali il corpo è piuttosto basso. La lunghezza del corpo sta in relazione col diametro degli elementi cellulari dei tessuti. Ciò ha constatato per alcune piante e ritiene ciò si verifichi anche nell'uomo. Lo confermerebbero altre considerazioni sulla costituzione e natura del protaplasma cellulare, sulla maniera con cui procede la crescita dell'organismo nella infanzia.

In questo libro, che l'Autore modestamente dice appena un'introduzione a un tal genere di indagini, vengono specialmente considerate, come appare e come giustamente lo stesso Beneke assevera, tre anomalie costituzionali, la carcinosi, la rachitide, il processo scrofoloso-tisico. Ma come corollario alle risultanze prestabilite, sarà lo scoprire se altre determinate condizioni anormali anatomiche stanno associate alle altre anomalie costituzionali; la polisarcia, la flebectasia, la gotta, il reumati-

smo, ecc. In proposito il nostro Autore inclina ad ammettere, che le stesse condizioni anatomiche già illustrate, tra loro variamente associandosi e giovate dalla influenza del sistema nervoso possano dare sviluppo alle altre anomalie costituzionali ed a forme di passaggio tra le tipiche.

Ad un lavoro del genere che Beneke ha prodotto, non può farsi una critica severa e sempre giusta: perchè, ammesso il concetto generale che lo informa, dovremmo prendere in esame i particolari e i singoli apprezzamenti dell'Autore. Ma a ciò sconsiglia il pensiero, che mancano i principali argomenti alla critica: vogliamo dire i fatti ai quali rapportare quelli da esaminarsi. Però è da sperare che tutti coloro che trovansi nella opportunità, saranno attratti dalla importanza del soggetto a moltiplicare le indagini, a raccogliere materiali onde non solo mettere in discussione le tesi che propone Beneke, ma anche risolverle con grandissimo vantaggio della clinica. Dal canto nostro, dopo avere in principio di questa nota bibliografica lodato il concetto generale del lavoro, ci piace aggiungere, che per noi un tale concetto era entrato nella nostra mente da qualche tempo e lo additammo come necessario a seguirsi specialmente nello studio delle malattie croniche, preludiando un corso libero di conferenze cliniche sulle malattie croniche e dei vecchi. Allora dicevamo: *Le malattie acute insorgono per l'azione di cause per lo più passaggere, provenienti dall'esterno dell'organismo; le croniche invece bene spesso si collegano con certe speciali attitudini dell'organismo stesso, onde lo studio loro involge tutto quanto rimane a sapersi intorno alle costituzioni e sotto questo riguardo le aspirazioni della scienza e della pratica sono innumerevoli. Ma perchè vengano attuate necessita trascendere i confini della comune osservazione e spaziare colla mente, ricca di molti fatti, nell'ordine dei problemi che riguarda la storia della organizzazione e così formarci dei concetti fisiologici e patologici veri intorno a certe malattie croniche.* (Cenni sulle malattie croniche e dei vecchi. *Gazz. Med. Lomb.* 1876).

Ben a ragione il nostro Autore in alcuni punti del suo libro dichiara, che certe questioni verranno meglio risolte col sussidio delle buone anamnesi e delle storie cliniche. In vero i suoi risultati, confermati o corretti da ulteriori indagini e presi dai medici siccome elementi patogenici, condurranno alla interpretazione di molti fatti morbosi e questi alla loro volta rischiareranno i rapporti che passano tra la forma, il decorso della malattia e le condizioni anatomiche. E sin d'ora ogni pratico può dire, che quando ad una abituale forma fenomenica è indotto a contrapporre razionalmente una corrispondente base anatomica, più raramente incontra il disinganno. Questo principio generale, che si riassume dalle pagine dell'immortale Morgagni, per quanto anatomismo siasi fatto sin qui, non è stato ancora splendidamente dimostrato, come speriamo, lo sarà quando le ricerche di Beneke sieno state fatte da altri e risolte tutte le questioni possibili sopra un tale terreno.

De-Giovanni.

Rendiconto clinico degli ammalati curati nella R. Clinica e Dispensario delle malattie della pelle e sifilide in Roma; del prof. CASIMIRO MANASSEI. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. 2, 3, 4, 5 e 6, 1877).

Nel « Giorn. delle malattie veneree e della pelle, » per l'anno 1877 il prof. Manassei continua la sua importante pubblicazione di rendiconto degli ammalati curati da lui negli anni dal 1874 al 1876. Non si può restringere in un estratto l'encomiato lavoro senza lederne qualche parte essenziale, e menomarne l'importanza, e però noi ci limitiamo a dire che l'Autore toglie partito dall'esposizione delle singole malattie curate per sviscerarvi le parti più importanti tanto dal lato pratico che dal lato scientifico, toccando in parecchi punti le divergenze delle varie opinioni che in proposito si reggono sul campo degli scienziati, diffondendosi ove occorre sul diagnostico e discendendo pure in questi casi ai più minuti particolari di sistema curativo. Tale pubblicazione è veramente resa utile tanto al pratico, quanto al cultore specialista, e fa grande onore al clinico che insegna nell'Università di Roma. P.

Il dermatologo del villaggio; del dott. ANT. MARIA GEMMA. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, fasc. 3 e 6, 1877).

Anche il dott. Gemma sotto questo modesto titolo fa una esposizione chiara dei casi di malattie cutanee occorsi nella cerchia dei Comuni di cui egli è medico condotto.

Questo scritto è commendevole per il suo indirizzo pratico non privo di discussioni scientifiche qualora l'argomento lo richieda. In esso l'Autore si appalesa diligente cultore della dermopatia, e molto versato in cotesto ramo della medicina. È un lavoro che verrà letto con molto piacere e profitto. P.

Appunti di semiotica cutanea; del dott. DE AMICIS. (Napoli 1877).

Come comunicazione preventiva diamo cenno degli appunti di semiotica cutanea del prof. De Amicis. Di questi ora ne abbiamo sott'occhio appena il primo fascicolo essendo lavoro in corso di pubblicazione. Vi figurano esposte con molta chiarezza e profondità di vedute le idee generali sullo studio delle malattie cutanee, la loro divisione nelle così dette *forme elementari* del Villan, e l'esposizione della prima di essa, la macula, e di parte della seconda, la papula.

A lavoro finito od inoltrato potremo darne un'idea più precisa ai lettori. P.

NECROLOGIE (1)

Girolami Giuseppe, Professore di Psichiatria e Direttore del Manicomio di Roma, nato in Foligno il 9 ottobre 1809 e morto in Roma il 14 gennajo p. p. Da Civitavecchia, dove con grande riputazione esercitava la medicina, andò nel 1850 a dirigere il manicomio di Pesaro, che per lui salì in molta riputazione; nel 1866 passò all'altro di Roma, che sebbene postosi sulla via delle riforme, avea d'uopo di chi con l'autorità degli studj fatti e dell'esperienza acquistata valesse a quelle svolgere e continuare. Il Girolami di fatti avea diligentemente visitati, senza dire de'nostrani, i più accreditati manicomj forestieri e soprattutto quelli d'Inghilterra. Ha pubblicato molte opere, in cui appare larga coltura e sempre un nobilissimo proposito morale; al quale anzi egli rispetto a' mezzi diede più larga parte, che a medico si conviene, non rade volte le elucubrazioni di etica e di filosofia prendendo il posto degli studj e delle investigazioni strettamente scientifiche. Intendeva raccogliere in 5 volumi le varie sue pubblicazioni; due videro già luce, e gli altri la vedranno per disposizione testamentaria.

Il I volume (Pesaro 1865, 8° pag. 574) contiene:

« Della sistemazione de' Manicomi nel Regno d'Italia. » Discorsi due.

« Intorno ad un viaggio scientifico ai Manicomi delle principali nazioni d'Europa. » (A. 1854).

« Programma per la costruzione di un nuovo Manicomio in Pesaro. » (A. 1863).

« Della espiazione penale secondo i moderni sistemi penitenziari e della applicazione della legge criminale. » (A. 1862, 1863).

« Dei confini della pazzia e di alcuni speciali suoi tipi. » (A. 1863).

« Della regola fondamentale per determinare la capacità o incapacità civile e criminale. » (A. 1863).

Il II volume (Roma 1873, 8.°, pag. 715):

« I tre capitali vizj (sensualità, orgoglio, avarizia) in rapporto colla follia ».

« Dell'influenza della civiltà sull'aumento delle malattie mentali e dei mezzi ch'essa possiede per ripararvi. » (A. 1848).

« Memoria su Giuseppe Guislain. » (A. 1863).

« Importanza dello studio delle umane fisonomie e valore dei principali segni delle medesime ».

« Alcuni pensieri sull'insegnamento della medicina psicologica. » (A. 1867).

(1) Gli *Annali* porranno cura che i cenni necrologici degli uomini benemeriti per qualche guisa della scienza medica specialmente italiana più che le particolarità della vita, notino le opere pubblicate o gli atti pei quali quelli si resero appunto meritevoli di ricordo. Nè perchè tali commemorazioni saranno di preferenza per i medici nostri, verranno già dimenticati i più eccellenti delle altre nazioni; la gratitudine ha pur da andar incontro al beneficio, che varca i limiti del paese. Ed eccone qui appresso esempio.

« Alcuni pareri di psichiatria forense. » (A. 1869).

« L'isterismo in Roma ed alcune sue speciali cagioni predisponenti coi relativi mezzi profilattici. » (A. 1868).

« Alcune ricerche etiologiche sulla demenza paralitica progressiva. » (A. 1871).

« Dell'elemento storico della medicina. » (A. 1839).

« Il clima di Civitavecchia considerato dal punto medico e della Igiene pubblica. » (A. 1842).

« Sopra Gentile da Foligno medico illustre del secolo XIV. » Discorso storico-critico. (A. 1844).

« Sulla pellagra nella Provincia di Urbino e Pesaro e sui mezzi relativi d'Igiene pubblica. » (A. 1853).

« La scienza e l'arte agraria nelle loro relazioni con la salute, con la forza fisica e col morale perfezionamento. » (A. 1863).

I successivi promessi tre volumi comprenderanno: « Rendiconti statistico-clinici sul Manicomio di Pesaro. — Regolamento e discorso sul Manicomio di Macerata. — Dottrina degli umani temperamenti. — Sulla pazzia, studj psicologici e patologici ».

All'Università di Roma lasciò la sua Biblioteca e il reddito di L. 25 mila per due premj annui ai migliori scritti di studenti in quell'Università.

BERNARD CLAUDIO.

La Francia, che pochi mesi or sono perdeva Brongniart, Balard, Le Verrier, e nello stesso dì (19 dello scorso gennajo) Becquerel e Regnault, piange ora Claudio Bernard. Ma Claudio Bernard non è della sola Francia; il suo talento, le sue scoperte, le sue opere lo hanno fatto figlio più che d'una nazione dell'intiera scienza. E però gli *Annali universali di Medicina* prendon parte al lutto di essa, e ricordano il grand'uomo riferendo un brano del nobile ed affettuoso discorso, che l'illustre Dumas diceva ai funerali, che a spese dello stato con grande pompa furono celebrati.

«.... Dopo Lavoisier, Laplace, Bichat, Magendie, che aveangli dischiusa la via, Claudio Bernard a sua volta tutto si diede allo studio del grande mistero della vita, senza nondimeno pretendere di penetrarne l'origine e l'essenza. L'astronomo ignora la causa dell'attrazione universale e ciò non ostante calcola con certezza il cammino degli astri che quella sostiene nello spazio dirigendone insieme il corso. Claudio Bernard avea stimato doversi del pari concedere al fisiologo di spiegare i fenomeni della vita per mezzo della fisica e della chimica che li eseguiscono, quantunque la vita ed il pensiero, che li dirigono, rimangan fuori del suo dominio. — La fisica animale non era già fondata, dacchè Lavoisier e Laplace ebbero provato che il respirare è una combustione, fonte del calore che ci anima? Questa face della vita che s'accende, questa fiamma della vita che si spegne, felici espressioni poetiche dell'antichità, non divenivano forse verità filosofiche alle quali fu dato a Claudio Bernard

di porre l'ultima mano? — L'anatomia generale non era già nata, allora che il Bichat definiva la vita: « l'insieme delle funzioni che resistono alla morte? » Senza svelarne l'occulta natura, non insegnava egli a determinare le forme che veste la vita in ciascuno degli elementi di cui si compongono i nostri tessuti, a riguardare come la manifestazione sensibile della vita que'moti di distruzione e di rinnovamento di cui quelli sono quasi l'agone, mentre il loro soffermarsi, diviene segno certo della morte? — Il Magendie infine non apriva la strada alla fisiologia sperimentale, divenuta fra le mani di Claudio Bernard, suo discepolo, scienza nuova? Togliendo a prestito dalla fisica e dalla chimica gli strumenti e i metodi, senza dimenticarsi che le forze di cui quelle possono usare andranno ad esercitare la loro azione su di esseri dotati di vita, non è Claudio Bernard, che l'ha elevata tra le scienze esatte e la lascia emula per certezza ed autorità con quelle che operano su la materia bruta? — Fra tante scoperte alle quali rimane congiunto il suo nome, quanto mai è meraviglioso per sagacità e finezza analitica quel lavoro, celebre ognora e da molto tempo in bocca di tutti, in cui dando corpo reale al pensiero del Bichat, fa vedere nel muscolo che si contrae, nel nervo che lo mette in moto, nell'elemento nervoso sensitivo e nell'elemento nervoso motore, altrettanti modi distinti della vita, che possono coesistere, ma anche possono morire separatamente e quasi a spizzico! — Quale fisiologo non sarebbe fiero d'avere scoperto la vera funzione del fegato, problema che, dalla più remota antichità fino a' dì nostri, avea eccitato, ma indarno, la curiosità di tutte le scuole mediche? Quale chimico non avrebbe tenuto per gemma della sua corona l'ardita e dotta analisi con la quale Claudio Bernard scopre in quell'organo misterioso una materia atta a mutarsi in zucchero, un fermento capace di così convertirla, una fonte insomma che di continuo versa zucchero nel sangue? — I fenomeni fisici della vita non hanno più inaccessibili secreti. I problemi che vi si attengono sono stati presi confidentemente in esame da Claudio Bernard e da lui pertinacemente perseguiti. Pochi son quelli che non abbia risoluti e di cui non abbia ingegnosamente condotta la soluzione a quelle formole eleganti e semplici nelle quali l'immaginazione del poeta si collega con il rigore geometrico ».

Quindi lamentando le molte morti che hanno vedovata la scienza francese l'oratore dava giusta lode ai supremi magistrati per aver decretato, che gli onori serbati ai capitani, fatti illustri nel difendere la patria, fossero resi altresì a chi tanto avea illustrato la scienza. Nè vana tornerà, ei diceva, la grande solennità alle nostre scuole; una nobile emulazione si sveglierà ne' giovani che commossi la contemplano, ne verrà eccitato l'ardore agli studj, inspirato l'amore del vero, l'ambizione della gloria, lo sprezzo de' volgari guadagni. E conforta poi sentire il vecchio Dumas pieno di fiducia nella giovane generazione per ristaurare le forze morali della Francia, e chiamarla, lui carico di gloria di onori, alla grande opera: *préparons des successeurs à ces grands hommes, presque*

tous enlevés avant l'heure! Ouvrons la route à leurs émules, à ces génies naissans que nos voeux appellent et que réclament nos rangs décimés.

VARIETÀ

Statistica medica. — Parigi, entro il perimetro di 33,320 metri, racchiudeva nel 1876 1,851,792 abitanti (1); ne morirono in quell' anno 48,579 (262 su 10,000), ossia in media 4048 al mese, media superiore di 13,80 per 100 all'altra de' tre anni precedenti.

Quasi tutte le classi od i gruppi di morbi concorsero in tale aumento, ma soprattutto quello a cui sta a capo la *febbre tifoide*, che da sè sola portava la maggior somma di 984 morti. Le *affezioni cancherose*, che pure fanno parte dell' istesso gruppo, hanno dato 413 morti più che nel 1875; e, facendo la proporzione, l' accrescimento di quella febbre fu di circa 94 per 100, di queste di 28,70. Nel mese d'agosto avvenne la maggiore mortalità; 4644 morti, in media 150 al giorno, ciò che, dal 1872 in poi, non più s'era veduto. Invece il mese meno triste fu il giugno, che ebbe soltanto 120 morti al giorno. Il croup e la difterite mietono vittime sempre più; nel 1874 tolsero di vita, con o senza operazione, da 1008 persone, 1328 nel 1875, e nel 1876 da 1572, di cui la terza parte ed oltre nel 4° trimestre (580) e soltanto la sesta circa nel 3°. E rispetto alla *tisi polmonare*, niun anno del decennio, se si eccettui il biennio 1870-71, n'ebbe tante morti quanto l'anno di cui è discorso; e più de' Parigini vi soccombono i forestieri. Di fatti mentre su 100 morti per qualsiasi cagione v'hanno 52,80 persone nate fuori di Parigi, tale proporzione sale a 70,70 rispetto alle altre prodotte dalla tisi. Ciò venne pure notato nel 1875; nel qual anno parve che le morti abbondassero ne' mesi asciutti e scarsi di ozono; ma coteste erano coincidenze, che il 1876 non confermava punto.

Dei 48,579 morti 25,325 erano maschi, e 23,254 femmine; nello stesso anno le nascite furono 55,016, e in esse pure prevalse il sesso mascolino, tanto se legittime (maschi 20,802, femmine 19,740, quanto se illegittime (maschi 7173, femmine 7001). I matrimonj (18,117 cioè 9,7 per mille abitanti) furono meno che negli anni passati, laddove che le nascite ebbero lieve aumento rispetto al triennio 1872-74.

Finalmente sopra 12,637 inscritti, 4727 furono giudicati atti al servigio militare e 1508 inetti per infermità di varia specie. (*Archives générales de Médecine*, 1878, I. 117. — *Annuaire pour l'an 1878 publié par le Bureau des Longitudes*, p. 414).

(1) Nell'annuario del *Bureau des Longitudes* la popolazione di Parigi si fa ascendere a 1,988,806, e però maggiore di 320,965 a quella del 1861 (p. 419).

Cattedre di Medicina vacanti nelle Università d' Italia

N.° d'ordine	CATTEDRA VACANTE	Università od Istituto in cui è vacante	Grado del posto (prof. ord o straor.)	Qualità del concorso (per titolo o per esami)	Tempo in cui scade il concorso
1	Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparata	Cagliari	Straord.	Per titoli	Scaduto fino dal 2 marzo 1877
2	Fisiologia	Catania	Id.	Per esami	Scade il 10 marzo 1878
3	Anatomia Patologica	Id.	Ordin.	Per titoli	Scade il 15 marzo 1878
4	Patologia interna e Clinica medica	Milano Scuola veterin.	Id.	Per esami	Scade il 15 marzo 1878
5	Dermopatologia e Clinica dermopat. Sifilop. e Clinica sifilopatica	Genova	Straord.	Per titoli	Scaduto il 10 ott. 1877
6	Id. Id.	Catania	Id.	Id.	Scaduto il 25 ott. 1877
7	Ostetricia e Clinica ostetrica	Sassari	Id.	Id.	Scaduto il 9 luglio 1877
8	Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparata	Id.	Ordin.	Id.	Scaduto il 10 ott. 1877
9	Clinica medica e Patologia speciale medica	Id.	Id.	Id.	1° Stadio
10	Anatomia umana	Id.	Id.	Id.	Scaduto il 16 genn. 1878
11	Materia medica e Farm. sperimentale	Catania	Id.	Id.	Scaduto il 30 ott. 1877
12	Dermopatologia e Clinica dermopatica Sifilopatologia e Clinica sifilopatica	Padova	Straord.	Id.	Scaduto il 15 febb. 1878
13	Anatomia umana e normale	Messina	Ordin.	Per titoli	Scade il 6 marzo 1878
14	Anatomia patologica	Id.	Straord.	Id.	Scade il 5 marzo 1878
15	Prof. e Dirett. della Scuola pareggiata d' ostetricia	Novara	——	Id.	Scaduto l'8 genn. 1878
16	Materia medica e Farm. sperimentale	Genova	Straord.	Id.	Scaduto il 30 genn. 1878
17	Medicina legale	Pavia	Id.	Id.	Scade il 30 marzo 1878
18	Anatomia e Fisiologia comparata	Napoli	Id.	Id.	1° Stadio
19	Fisiologia umana	Sassari	Ordin.	Id.	1° Stadio
20	Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparata	Messina	Straord.	Id.	1° Stadio
21	Ostetricia e Clinica ostetrica	Catania	Ordin.	Id.	1° Stadio
22	Clinica medica e Patologia speciale	Torino	Id.	Id.	Scaduto il 25 febb. 1878
23	Igiene	Pavia	Straord.	Id.	1° Stadio

Premio di lire 1000 decretato dall'Accademia medica di Roma (Presidente prof. Carlo Maggiorani) per la dissertazione che sarà giudicata migliore in argomento di Igiene pubblica.

Norme del concorso.

1. Il tema del concorso sul quale verseranno le gare dell'ingegno è lasciato libero alla scelta degli Aspiranti, purchè la Memoria si contenga nei limiti della *Igiene Pubblica* e adempia alle seguenti condizioni:

A. Che non consista di mera erudizione, ma porti l'impronta di qualche concetto originale.

B. Che miri chiaramente a scopo di generale interesse e di pratica applicazione.

C. Che sia fondata su fatti ed anche sopra appositi esperimenti, ove la natura del soggetto lo esiga.

2. Il concorso è aperto a tutti i medici d'Italia, esclusi soltanto i membri ordinari o residenti dell'Accademia medica di Roma.

3. La Dissertazione scritta in italiano e di carattere ben leggibile dovrà farsi pervenire alla Presidenza dell'Accademia non più tardi del 1° febbrajo del 1879.

4. Ogni Memoria porterà in fronte un motto che sarà ripetuto al di fuori di una scheda sigillata contenente il nome dell'Autore.

5. Sono esclusi dal concorso i lavori già resi di pubblica ragione con la stampa, ovvero già presentati ad altre Accademie o per altro concorso.

6. Il premio sarà indivisibile.

7. Tutte le memorie inviate pel concorso restano nell'Archivio dell'Accademia; è però in facoltà dell'autore di domandarne copia a proprie spese.

8. L'Accademia nominerà una Commissione di Professori i più competenti nella materia per l'esame dei lavori presentati al concorso.

Opere mandate in dono alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina*.

Berruti Giuseppe, Dottor collegiale. « Le nevralgie simpatiche nella Patologia dell'utero. » Prolusione al corso libero di Ginecologia e Pediatria, anno VI. (Torino 1877, 8°, pag. 16).

Bianchi Leonardo, Professore pareggiato di Patologia speciale medica all'Università di Napoli e libero docente di elettro-terapia. « Sulla terapia del crampo professionale o delle discinesie professionali. » Napoli 1877. (Estr. dal *Movimento med. chir.*, 8° pag. 15).

Casca Giulio Cesare. « Importanza della luce nella eziologia della clorosi. » Studio. Torino 1877 (8° pagine 85).

Clément C., Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin des hopitaux de Lyon. « Des Tremblements consécutifs aux maladies aigues. » Lyon, Genève, Bale 1877 (8° pag. 31).

Couly Placide. « Organisation des secours publics à Paris. » Paris 1877 (8° pag. 10). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*) ».

Cresci Carbonai Paolo, Medico Direttore del R. Stabilimento ortopedico-idroterapico di Firenze. « Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica. » Padova 1877 (8° pag. 32). (Dalla *Gaz. med. ital. Provincie venete*, anno XX, n. 50, 51).

Fasoli G. B. « Guida all'analisi chimica. » Vicenza 1877 (8° pag. 112).

Fiorani G. chirurgo primario operatore nello Spedale Maggiore di Lodi. « Le malattie della vescica e della prostata. » Compendio. Milano 1877 (8° pag. 250 con figure e fotogr.).

Joltrain A. « Le Tannage des Peaux nouveau procédé de M. Charles Pavesi. » (Perchlorure de fer). Paris 1877, 8°. (Estratto dal *Journal d'Hygiène*, juilet-août 1877).

Maragliano Edoardo, Professore pareggiato di patologia e clinica nella R. Università di Genova. « La cura della tisi polmonare. » Conferenza tenuta al Congresso medico di Torino la sera del 22 settembre 1876. (Estratto dal Giornale lo *Sperimentale*, 8° pag. 27).

Maurin S. C. « Rapport des Lois et des Moeurs avec la Population. » Conférence faite le 12 octobre 1877. Paris 1877 (8° pag. 23). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*).

Montenovesi Vincenzo, Sostituto degli Ospedali di Roma. « Studi di anatomia chirurgica per la legatura della femorale profonda. » Roma 1877 (dagli *Atti* dell'Accademia medica di Roma, anno III, fasc. 2°, 8° pag. 39 con 4 tavole).

Monteverdi Angelo e *Biaggi Folchino*. « Esame critico degli appunti fatti dal sig. avv. Pozzi Francesco alle perizie medico-legali dei dottori.... » Cremona 1877 (8° pag. 118).

Monti Lorenzo, Medico direttore. « Delle malattie mentali curate nel Manicomio di Parma in Colorno dal 29 luglio 1873 a tutto il 1876. » Parma 1877 (8° gr. pag. 85).

Moriggia Aliprando. « Effetti di alcuni liquidi specialmente acidi e salini sopra i moti dei filamenti spermatici, dell'epitelio vibratile, delle opaline e del cuore, nonchè degli acidi sulla tenacità dei nervi. » (4° pagine 10). (*Atti* dell'Accademia dei Lincei. Roma 1877, vol. I, serie 3ª).

Moriggia Aliprando. « Sperienze fisio-tossicologiche eseguite sul latte di capre cui venne fatta somministrazione di erbe ed alcaloidi velenosi. » Relazione letta all'Accademia di Medicina di Roma. (Roma 1877, 8° pagine 16). (Dagli *Atti* dell'Accademia medica di Roma, anno III, fasc. 1°).

Müller C., Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Nancy. « De la grossesse utérine prolongée indéfiniment ou rétention illimitée de l'oeuf dans la matrice (*Missed labour des Anglais*). » Ouvrage couronné par la Faculté de Médecine de Nancy. Paris 1878 (4° pag. 173).

Orsi Francesco. « Lezioni di patologia e terapia speciale medica » dette nel biennio scolastico 1874-75, 75-76, presso l'Università di Pavia

e raccolte dagli studenti Giovanni Arcari, Felice Viscardi e Francesco Cacciamali. (Edizione riveduta e corretta dall'Autore). Milano 1878, fascicolo I e II.

Pajusco Francesco. « Fisiologia ed igiene del parto » con 6 tavole. Roma, Torino, Firenze 1878 (8° pag. 309). (Dalla *Biblioteca dello Studente* e del *Medico pratico*, vol. XIII).

Parola Louis. « De la vaccination. » Études avec la collaboration du doct. Joseph Parola (Fils) Vice-Conservateur du Vaccin. Ouvrage que le Conseil impérial Russe de Médecine a jugé digne d'une mention honorable. Turin, Vercellino 1877, Tome I (8° gr. pag. 682), II (pag. 585).

Pietra Santa (De), Redacteur en chef du *Journal d'Hygiène.* « Société française d'Hygiène sa raison d'être son but, son avenir. » Conférence faite le 25 Mai 1877. Paris 1877 (8° pag. 35). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*).

Puschmann Theodor, Alexander von Tralles. « Original Text und Uebersetzung nebst einer einleitenden Abhandlung, Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin. » Wien 1878, I B. (8° pag. 617).

Rizzo Matera S. « Intorno ai casi di intossicazione clinica » del prof. S. Tommaselli e del dott. C. Restuccia. Lettera al Direttore dell'*Osservatore medico* (8° pag. 23). (Estratto dall'*Osservatore medico di Palermo*, 1877, V-VI).

Romiti Guglielmo, Professore ordinario nella R. Università di Siena. « La scienza e l' insegnamento. » Prelezione di anatomia umana. Firenze 1878 (8° gr. pag. 31). (Estratto dall' *Imparziale*).

Silvestri Lorenzo, Ajuto clinico chirurgico della R. Università di Siena. « Del metodo americano per l'operazione della fistola vescico-vaginale. Considerazioni pratiche e proposta di un nuovo processo di elitrorafia. » Tesi presentata e sostenuta dinanzi alla Facoltà medico-chirurgica di Siena il di 24 luglio 1877 per l'esame di Libera Docenza. Siena 1877 (8° pag. 43).

Squire Balmanno. Surgeon to the British Hospital for diseases of the Skin. « On the treatment of psoriasis by an ointment of chrysophanic acid with an appendix of comments by various authors. » London 1878 (8° pag. 99).

Stroppa Cesare, chirurgo primario. « Rendiconto clinico riguardante la sezione chirurgica dell'Ospedale civile di Codogno » dal giugno 1868 al 31 dicembre 1876. Codogno 1877 (8° gr. pag. 140).

Tamburini Augusto. « La sfigmografia negli alienati. » Comunicazione preventiva fatta al secondo congresso della Società freniatrica italiana (settembre 1877). Milano 1877 (dall'*Archivio italiano per le malattie nervose* (8° pag. 7).

Tamburini Augusto. « Del metodo clinico in psichiatria. » Prelezione al corso di clinica psichiatrica nella R. Università di Modena letta il 20 novembre 1877. Reggio-Emilia 1878 (8° pag. 17). (Estratto dalla *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*, anno III, fasc. 3°).

Tollet M. C. « La Réforme du casernement réduction de la mortalité dans l'armée française. » Les Bains-douche. Conférence faite le 12 octobre 1877. Paris 1877 (8° pag. 23). (Fa parte delle *Publications de la Société française d'Hygiène*).

ERRATA	CORRIGE
Rivista p. 92, linea 5: *comprendeva ricca*	*siccome ricca*

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA OSTETRICA

del dottor GUELMI.

(Da pag. 97 a pag. 111).

— *Società ostetrica di Londra: Forcipe Tarnier.*
Barnes — *Qualche dettaglio sull'Ospitale delle partorienti a Londra.*
Smith — *Della posizione nel travaglio del parto.*
Conrad — *Effetti della pressione dell'utero.*
Schneck — *Caso di stomatite materna, e di diarrea incurabile complicanti ogni gestazione e l'allattamento.*
Playfair — *Carie delle ossa pelviche consecutive al parto.*
Browne — *Caso di tumore fibroso dell'utero causante l'eclampsia; con osservazioni sui fibroidi dell'utero in generale, e sulle cause della eclampsia puerperale e non puerperale.*
Richmond Leigh — *Rottura dell'utero senza sintomi.*
Paalzow — *Restringimento del bacino — cefalotrissia — parto artificiale — lacerazione d'utero — guarigione.*
Weber — *Atrofia acuta del fegato nel puerperio.*
Grünewald — *Sterilità nelle donne che hanno una malattia negli organi genitali.*
Associazione medica di New York — *Ostetricia nel 1875-76.*

RIVISTA DERMATOLOGICA

del dott. CARLO PADOVA.

(Da pag. 112 a pag. 169).

Majocchi D. — *Contribuzione alla patogenesi della peliosi reumatica.*
Marchiafava — *Sopra un altro caso di peliosi reumatica; lettera al dottor Majocchi.*
De-Amicis — *Rara forma di neo pigmentario diffuso in tutta la superficie cutanea.*
Scarenzio — *Di una singolare alterazione pigmentaria verrucosa e lipomatosa congenita.*
Manassei — *Su di un caso di neo verrucoso pigmentario peloso congenito.*
Woronichin — *Sul nigrismo.*
Duhring — *Di un caso di donna barbuta.*
Rizzoli — *Ciocca di capelli bianchi sulla fronte congenita ed ereditaria.*
Benazzi — *Due casi ribelli di eczema rubrum curati e guariti colla tintura di maiz guasto.*
Paola — *L'eczema.*
Gamberini — *Storia di polimorfa successiva.*
Tanturri — *Tre casi clinici nuovi di Mycosis fongoides di Alibert.*

Majocchi — *Kerion dei Greci, studii anatomo-patologici.*
Gamberini — *Il sistema nervoso in rapporto colle malattie della pelle.*
Kaposi — *Sulle nevrosi di sensibilità della pelle.*
Testut — *Della simmetria nelle affezioni della pelle.*
Mayer — *Dell'influenza delle emozioni morali sullo sviluppo delle affezioni cutanee.*
Carry — *Dell'azione e delle indicazioni dei bagni nelle malattie della pelle.*
Barduzzi — *Dell'uso del solfato di rame in alcune dermatosi croniche.*
Tanturri — *Contribuzione patologica e clinica intorno all'eritema multiforme essudativo.*
Kaposi — *Sulla patologia e terapia di particolari malattie cutanee: lichen ruber acuminatus e lichen ruber planus.*
Henry Fox — *Un caso di lichene piatto.*
Le Keyes — *Idem.*
Bronson — *Idem.*
Hebra — *Azione dell'acqua sulla pelle sana ed ammalata.*
Bergeron e Proust — *Delle eruzioni chimiche.*
Geber — *Sull'anatomia del lupus eritematoso.*
Piffard — *Un caso di lupus eritematoso del pene.*
Milton — *Dell'orticaria gigante.*
Wyndham Cottle — *Della cura locale della psoriasi.*
Lancereaux — *Nota sopra un caso di lingua nera.*
Armaingaud — *Della colorazione nera della lingua per cromidrosi.*
Smith — *Xantema.*
Lewin — *Intorno al cisticerco della cellulosa, e sua manifestazione alla pelle dell'uomo.*
Guttmann — *Intorno ai cisticerci della pelle.*
Piffard — *La diatesi reumatica in dermatologia.*
Hardy — *Della sclerodermia.*
Mauriac = *Lezioni sull'erpete nevralgico degli organi genitali.*
Fournier — *Della porpora jodica.*
Apoland — *Fatto curioso di eruzione oppiacea.*

BIBLIOGRAFIA.

Soresina — *Ricettario* — pag. 167.
Dobell Horace — *Reports on the diseases of the Chest. Assisted by numerous and distinguished coadjutors in different parts of the world* — pag. 170.
Adolfo Weil — *Handbuch und Atlas der Topographischen Percussion* — pag. 171.
F. W. Beneke — *Die Anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien des Menschen* — pag. 171
Manassei — *Rendiconto clinico degli ammalati curati nella R. Clinica e Dispensario delle malattie della pelle e sifilide in Roma* — pag. 182.
Gemma — *Il dermatologo del villaggio* — pag 182.
De Amicis — *Appunti di semiotica cutanea* — pag. 182.
Necrologie — *Girolami Giuseppe* — *Claudio Bernard* — pag. 183.

VARIETÀ.

Statistica medica — pag. 186.
Cattedre di Medicina vacanti nelle Università d'Italia — pag. 187.
Premio di lire 1000 — pag. 188.
Opere mandate in dono alla Direzione degli Annali Universali di Medicina — pag. 188.

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del prof. ARRIGO TAMASSIA.

I.
Tanatologia.

Hofmann — *I fenomeni cadaverici più importanti dal punto di vista medico-legale.*
Laugier — *Sulle rotture dell'intestino.*
Tarchini-Bonfanti — *Sulle scottature.*
Sander — *Suicidio mediante ferita al cuore.*
Wesch — *Sull'avvelenamento per gaz illuminante e per ossido di carbonio.*
Zuggl — *Morte improvvisa sospetta.*
Boll, Kühne, Schenk — *Sul rosso retinico.*
Pénard — *Sulle ecchimosi sottopleuriche.*
Tamassia — *L'affare di Penge.*
Cazeneuve — *Nuovo metodo per scoprire le macchie di sangue.*
Husson — *Id. Id.*
Reuboldt — *Pulci viventi su vestito di un annegato.*

II.
Identità.

Bellini e Filippi — *Sul colore dei capelli.*

III.
Venere forense.

Brit. Med. Journal — *Durata della gravidanza.*
Schlemmer — *Ricerche sullo sperma umano.*
Delens — *Su alcuni vizj di conformazione dell'imene.*
Brit. Med. Journal — *Imputazione di stupro.*

IV.
Bio-tanatologia dei neonati.

Hecker — *Su un caso di dubbio infanticidio.*
Cuzzi — *Contribuzione alla dottrina dell'infanticidio.*
Hofmann — *Docimasia dell'orecchio.*

V.
Psicopatologia forense.

Motot — *Assassinio commesso da un epilettico.*
Folet — *Disordini psichici derivanti dalla fame.*
Kornfeld — *Sulla pazzia dei delinquenti.*
Ireland — *Idiozia ed imbecillità.*
Tamburini — *Monomania impulsiva da epilessia.*
Tamassia — *Gli ultimi studj italiani sulla imputabilità.*

VI.
Parte formale.

De Crecchio — *L'insegnamento della medicina legale in Italia.*

I.
Tanatologia.

Dei fenomeni cadaverici più importanti dal punto di vista medico-legale; del prof. Edoardo Hofmann. (*Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen*).

Il Relatore su questa stessa *Rivista* diede un sunto della metà di questo importante lavoro del prof. Hofmann. Ora essendone apparsa nel *Viertelj. für gericht. Med.* (Bd. XXV, Hf. 2), la seconda metà, il Relatore compie il suo sunto, credendo di rendere qualche utilità ai cultori della Medicina legale.

Dopo la *rigidità cadaverica*, si manifesta la *putrefazione*; ma non devesi credere che questa sia sempre posteriore alla cessazione della prima; spesse volte la putrefazione comincia quando l'irrigidimento non si è ancora dissipato. Il primo insorgere della putrefazione si manifesta nell'occhio, il quale perduto il suo splendore e la sua tensione, dopo la morte, offre nei punti che sono in contatto coll'aria, la congiuntiva secca con una colorazione bruna giallognola e con una consistenza più sentita. Ma pel determinarsi della putrefazione, il bulbo comincia a rammollirsi e la cornea ad opacarsi; questa dapprincipio appare come cosparsa da polvere, quindi si raggrinza in piccole pieghe, e man mano che la putrefazione si avanza, il tessuto corneale diventa sempre più opaco, fino a giungere al grado di opacità assoluta; a questo ultimo grado nei cadaveri che putrefano nell'acqua si arriva assai rapidamente. Questo è un andamento abbastanza regolare e conosciuto; ma l'Autore riferisce di un perito (?) che su un cadavere di un infante stato parecchi giorni nell'acqua avendo riscontrato questa opacità lattea dalla cornea, giudicò che l'infante era nato cieco, e che assai probabilmente la madre l'aveva annegato *per questa sua congenita imperfezione*. In seguito collabisce sempre più la cornea e con essa tutto il bulbo, mentre il

cristallino si scioglie e le membrane dell'iride si imbevono di sangue; alla fine tutto l'occhio si riduce ad un ammasso sacciforme rilasciato che si rannicchia nel fondo dell'orbita, e che pel carattere fibroso delle sue membrane resiste assai alla sua distruzione. L'Autore accenna però ad alcune eccezioni in questo decorso: dice d'aver visto occhi sufficientemente ben conservati su cadaveri che erano già in preda alla putrefazione verde.

Nella cute la putrefazione comincia col processo di imbibizione. Le macchie cadaveriche diventono più ampie, perdono il loro colore rosso-roseo e tendono ad occupare sempre maggiore estensione della superficie del corpo. Le grandi diramazioni venose nei punti in cui la cute è sottile, specialmente al collo, alla parte superiore del petto e dell'addome in corrispondenza delle vene epigastriche cominciano a segnarsi come strie azzurrognole sulla cute; lo stesso accade delle vene sottocutanee delle estremità.

In seguito, coll'aumento sempre più marcato del processo di imbibizione, comincia a determinarsi sulla cute una speciale colorazione verde: questa comincia alle parti laterali dell'addome, agli inguini e di là guadagna l'addome; e spesso questo segna una pausa della putrefazione, tanto che accade che mentre tutto l'addome è di color verde, le altre parti del corpo si mantengono ancora nella già indicata colorazione dell'imbibizione. Dall'addome la colorazione verde si diffonde a chiazze, o per strie nelle altre parti del corpo, al volto, al collo, attraverso gli spazj non ancor colorati dalla ipostasi, lungo il decorso delle vene superficiali, tanto che alla fine tutta la superficie esterna del cadavere, tranne in alcuni punti in cui si hanno strie e macchie rossastre, è colorata in verde; colorazione verde che sempre più aumenta di intensità.

Quanto alla provenienza di questa colorazione verde, l'Autore accetta l'idea di Rokitansky, cioè che si debba ascrivere ad azioni chimiche dell'acido solfidrico sulle sostanze coloranti del sangue. Questa colorazione verde è solubile nell'acqua, tanto che lavando ripetutamente un tessuto già allo stato di putrefazione verde, questo viene a perdere il suo colore. Se questa soluzione acquosa ottenuta, è posta davanti allo spettroscopio, si vedono dapprima le strie dell'assorbimento dell'emoglobina ossigenata, cui si aggiunge una piccola striscia, ma abbastanza distinta nel color arancio dello spettro tra C e D. Questo spettro corrisponde all'emoglobina combinata coll'acido solfidrico, combinazione la quale anche nei laboratorj (Hoppe-Seyler) si ottiene colorata in verde. Questa ultima stria si consegue solo però quando si ha la vera putrefazione verde; non si ha nè da tessuto colorato in rosso dalla ipostasi, nè da succo di muscolo rigido. L'Autore però non crede che tale striscia debba esser esclusiva di una combinazione dell'*emoglobina* coll'acido solfidrico. Egli invece ritiene sia propria d'ogni tessuto che vada in putrefazione; difatti dice che si ottiene dalle uova putrefatte nelle quali certo non si può presupporre la minima quantità di sangue o suoi de-

rivati; tutte le sostanze albuminoidi, putrefacendosi, dovrebbero dare questa stria.

Ma non sempre la colorazione verde si diffonde coll'ordine accennato; è noto come per gli studj di Casper, Devergie ed altri si venne a stabilire che nei cadaveri che putrefano nell'acqua, la colorazione verde anzichè all'addome, comincia alla faccia, al collo ed al petto. L'Autore riconosce la esistenza di questo fatto, ma non vuole però che vi si dia il carattere d'una legge costante, citando in prova di ciò osservazioni proprie e di Ogston (1851) da cui risulterebbe che talune volte anche negli annegati si ha la putrefazione verde all'addome, mentre la cute del petto n'è completamente libera. Importante è pure l'osservazione dell'Autore che il presentarsi primitivamente della putrefazione verde alla cute della faccia può occorrere anche in cadaveri di non annegati; egli avrebbe ciò osservato specialmente in coloro che morirono improvvisamente per paralisi cardiaca; anzi egli ammette che in altri generi di morte quali l'asfissia per carbone, e in tutte le altre asfissie in generale debba accorrere questo anomalo insorgere della putrefazione, poichè egli lo subordina alla massa del sangue sottostante alla cute; e certamente, se vi hanno condizioni di stasi encefaliche e periferiche nella faccia nel collo e nel petto, queste si trovano negli accennati generi di morte; appoggia pur l'Autore questa sua opinione con casi pratici da lui osservati; lo stesso dice degli infanti nati morti, o morti dopo poco tempo dalla nascita; e ciò perchè colla presentazione del capo e col lungo travaglio si favorisce una potente stasi al capo, e anche perchè l'intestino e lo stomaco di costoro ancora vuoti non possono, come avviene in coloro che furono nutriti, indurre la putrefazione all'addome pella scomposizione o fermentazione dei materiali di nutrizione.

Procedendo la putrefazione, la cute, specialmente nei punti della maggiore imbibizione, si fa sempre più succolenta, e comincia la trassudazione di liquidi sierosi, sanguigni, di colore indeterminato attraverso il corion e quindi sotto l'epidermide, la quale quindi si rialza a bolle, a vescicole riempite di questi liquidi; e queste si estendono tanto che alla fine si fondono, e favoriscono quindi il distacco dell'epidermide pella più piccola violenza. Quindi si scoprono i punti denudati dell'epidermide, i quali o cadono in preda alla colliquazione putrida; oppure pel contatto dell'aria atmosferica prosciugandosi, diventono di colorazione brunorossastra, di consistenza pergamenacea. Nella stessa guisa si determina la produzione dei gas; in generale (non costantemente però) questi cominciano a manifestarsi col meteorismo all'addome, quindi coll'enfisema del tessuto cellulare sottocutaneo specialmente al collo, al volto, alla faccia, alle palpebre, ecc. ecc.; questi punti enfisematosi sono elastici, crepitanti al tatto, lasciano uscir gas al taglio. Per questo rigonfiamento del tessuto sottocutaneo, il cadavere acquista quell'aspetto che fu detto da Casper e ricopiato da tutti, cioè l'*apparenza gigantesca* (gigantisches Ansehen). Giunta la putrefazione a questo grado è assai difficile il

riconoscimento del cadavere; è pur difficile il determinare l'età e lo stato di nutrizione generale dell'individuo, giacchè anche presso individui magri, vecchi od esauriti i tessuti distesi dall'enfisema putrefattivo appajono robusti ed assai nutriti. Specialmente e pella determinatasi colorazione verde e pel ringonfiamento dei tessuti, il volto è così deformato da esser irreconoscibile.

Qui però la scienza si studiò di poter, malgrado queste condizioni, argomentare la identità dell'individuo. Già Tourdes e Wilhelmi nel 1845, quindi Richardson (1863) questo tentarono; i primi immergendo nell'alcool che teneva sciolto allume e nitro la testa del cadavere, il secondo mettendo la testa in un bagno d'acqua salata, quindi trattandola coi vapori di cloro e coll'iniezione nelle arterie della faccia di una soluzione di acqua di cloro, di cloruro di zinco e cloruro di ferro. Ma l'Autore seguì un metodo più semplice e di una riuscita sicura; il Relatore, che fu presente ai fatti esperimenti, può farne pienissima fede. L'Autore mette la testa del cadavere svuotata dal cervello nell'acqua corrente per circa 10-12 ore; con questo mezzo si esporta la sostanza verde; e si fa sparire quasi completamente l'enfisema sottocutaneo; in seguito mette la testa in un bagno di alcool che tiene in soluzione una forte quantità di sublimato corrosivo e ve la lascia per 12-20 ore. Dopo questo tempo ogni residuo di colorazione verde, ed ogni traccia di enfisema è sparito, la cute acquistando una colorazione grigio-biancastra. In un caso in cui era necessaria stabilire l'identità del cadavere, l'Autore riuscì perfettamente con questo mezzo, e colorando con una certa finezza artistica il volto, potè quasi rintegrare la espressione della fisionomia dell'individuo. Gli altri fenomeni di putrefazione che conseguono, procedono con maggiore lentezza; l'epidermide si sfoglia sempre più; i capelli e le unghie si staccano, i punti colorati in verde della pelle divengono sempre più scuri quasi neri, e i punti rossi acquistano color scuro indeterminato; aumentano i gas in tutte le parti, finchè questi, disteso fortemente l'addome, lo fanno scoppiare; da questo punto il ventre si raggrinza e le parti molli cadono in preda alla dissoluzione.

Ciò che avviene all'esterno, si manifesta pure all'interno; gli organi putrefano più prestamente nei punti loro ipostatici; dall'ipostasi si passa all'imbibizione, cominciando normalmente alla parete posteriore della faringe, della laringe, della trachea, dello stomaco, dell'intestino.

Lo stesso avviene nella intima dei vasi e del cuore. Si formano delle macchie e delle striscie rosse, rosso-sporche, che sempre poi si estendono, e si confondono alla fine. In seguito anche negli organi interni si manifestano quelle colorazioni verdi che si descrissero alla cute. Primi putrefano gli organi addominali, specialmente lo stomaco e le intestina; quindi la faringe, la laringe, la trachea, il fegato il quale dovrebbe, secondo Klebs, la prontezza della sua colorazione verde all'abbondanza di sostanze contenenti solfo. Più tardi putrefano i polmoni, le meningi, il cervello.

I cambiamenti macroscopici che si determinano nei varj organi si debbono a mutazioni di colore, a rammollimenti delle parti, alla produzione di enfisema e successivamente alla distruzione del tessuto; la resistenza dei varj organi alla putrefazione dipende dalla quantità di sangue contenuto nell'organo, dalla durezza del tessuto e dalla facilità o meno con cui l'aria vi può affluire. — Perciò che riguarda la resistenza dell'utero, l'Autore, pure accettando l'opinione di Casper, fa notare come pel parto e pella gravidanza, tale resistenza venga d'assai scemata; ed accenna pure di avere riscontrato l'utero di una bambina di sette mesi, il cui cadavere fu esposto all'aria per una settimana, già ridotto alla colorazione verde, assai rammollito ed imbevuto.

Per ciò che riguarda le *alterazioni microscopiche* dei tessuti l'Autore riferisce i risultati conseguiti da Rindfleisch, Klebs, Falk e del Relatore, e poichè questi vennero diffusamente esposti nelle passate Riviste, il Relatore si crede dispensati dal compendiare su questo punto lo scritto dell'Autore. Solo gli preme notare come l'Autore, accogliendo le conseguenze del Relatore, fa alcune riserve circa l'interpretazione data da questi alle granulazioni conseguenti alla distruzione della putrefazione, ammettendo che desse sieno sostanze adipose, anzichè, come ritiene il Relatore ancora sostanze albuminoidi.

Il Relatore però, per quanto deferente all'autorità del professore di Vienna, deve insistere nella sua idea, giacchè per quanto le reazioni dell'etere, benzina, cloroformio meritino una fiducia relativa (unzulänglich), queste sono ancora le uniche che al microscopio ci possono condurre ad una diagnosi differenziale.

L'Autore circa la putrefazione del fegato osserva come le cellule di questo vadano ingiallendo, acquistando una colorazione cerea, e nel successivo svolgimento del processo si vadano riempiendo da granulazioni grasse e da masse granulari; dando il consiglio di esser ben cauti prima di proferire, come può avvenire in alcuni avvelenamenti, un giudizio sull'esistente *degenerazione parenchimatosa* del fegato; l'Autore pure accede, dopo sue proprie osservazioni, all'idea di Klebs; cioè che l'affollarsi di grandi masse di granulazioni adipose nel fegato in putrefazione debba aver avuto per precedenza una leggiera infiammazione del fegato stesso. Oltre questi materiali, è assai frequente nei residui dei corpi in putrefazione il trovarsi cristalli di *tirosina*, *leucina*.

Circa le mutazioni cui va soggetto il sangue pella putrefazione, l'Autore accenna al continuo distruggersi dei globuli sanguigni, allo sciogliersi degli eventuali coaguli fibrinosi. Il sangue così trasformato imbeve le pareti vascolari, ed i tessuti circostanti, e così a poco a poco disporre dai vasi. Da ciò il consiglio d'esser ben cauti nel dare un giudizio di morte per emorragia, argomentandola dalla sola vacuità dei vasi. Per la stessa ragione anche il sangue stravasato o raccoltosi per lesioni traumatiche, può completamente sparire, od almeno divenire irreconoscibile. Più è originariamente fluido il sangue, con

ggior rapidità si compie la imbibizione e si formano i trassudati post mortali nelle varie cavità, filtrando il sangue così ridotto attraverso le pareti delle sierose; si formano in tal guisa ed assai prestamente trassudati post mortali nelle cavità pleuriche ed addominali; ed è pur evidente che questo efflusso dall'organo di quantità considerevole di sangue deve esser fatto tutto a spese del volume dell'organo stesso. Quindi — fatto importantissimo ad esser notato nella dottrina dell'infanticidio — più aumenta il trassudato nella cavità pleurica, tanto minore si fa il contenuto d'aria del polmone, e tanto maggiore all'incontro diviene la compattezza di questo. La facilità, la rapidità con cui si forma questo trassudato intrapleurico, la somma elasticità del polmone, la possibilità che un po' d'aria isfugga appena sia stata inspirata, possono contribuire a rendere all'istante della sezione un polmone vuoto o quasi vuoto d'aria, mentre aveva respirato; specialmente questo occorre, allorquando il neonato perì per soffocazione nell'acqua ed in questo venne a putrefare. L'Autore provò infatti su conigli la possibilità di ottenere polmoni senz'aria, malgrado che i conigli fossero da parecchi giorni vissuti. L'Autore quando si occupa delle condizioni che favoriscono e ritardano la putrefazione, confrontando il valore dei varj ambienti e delle condizioni del cadavere, e concludendo alla tesi abbastanza sconfortante esser cioè assai difficile il potere segnare delle leggi determinate circa il processo di putrefazione.

Studio medico-legale sulle rotture dell'intestino nelle contusioni dell'addome; del dottor Maurizio Laugier. (*Ann. d'Hyg. et Méd. lég.*, Janvier 1878)

L'Autore si preoccupa della ben nota facilità con cui dietro colpi di corpi ottusi sull'addome si può determinare la morte. Dice questa conseguire ad una peritonite più o meno generalizzata e più o meno mortale; e questo alla sua volta esser quasi sempre dovuta alla rottura d'un viscere addominale (fegato, vescica, milza, cistifellea, intestino, ecc.). Fa però notare come sia assai frequente in questo genere di morte la rottura dell'intestino; l'Autore dice, che in una breve pratica medico-legale nella giurisdizione della Senna potè verificare *quattro* volte rottura dell'intestino in seguito a colpi all'addome. In un caso non vi erano tracce di ecchimosi apprezzabile; la morte insorse dopo 48 ore dal colpo: eravi peritonite generalizzata; l'intestino tenue nella sua ultima porzione presentava una rottura irregolarmente circolare a bordi contusi della dimensione d'un pezzo da 50 centesimi. Nel secondo caso dopo 24 ore dal colpo riportato all'addome, insorse la morte preceduta da dolori spasmodici all'addome; non esistevano tracce di ecchimosi, ma peritonite, con *perforazione circolare* dell'ampiezza del primo caso. Nel terzo caso la morte sopravvenne dopo 2 giorni; nessuna ecchimosi all'esterno: peritonite acutissima, lacerazione dell'ampiezza di una lira all'ileo; nei dintorni della lacerazione si trovava la parete intestinale ecchimosata da cui collo scalpello si fe' uscire una certa quantità di sangue raccolto.

Nel quarto caso la morte insorse dopo 43 ore; alla regione inguinale sinistra si notava una leggiera ecchimosi; esisteva prima un'ernia inguinale su cui fu inferito il colpo; l'intestino tenue nel punto colpito offriva una *lacerazione circolare*; eravi ancora peritonite generale. A questi casi di propria osservazione l'Autore ne aggiunge altri otto desunti da Velpeau, Toulmouche, ecc., che presentarono le stesse alterazioni necroscopiche. Conclude insistendo sulla somma rapidità della morte, in media essendo questa occorsa 46 ore dopo la subita lesione, sulla mancanza di traccia di lesione esterna, dovuta alla somma elasticità della parete addominale; quanto alla contemporanea presenza di un'ernia ed alla conseguente minore responsabilità dell'offensore in questi casi letali, l'Autore ammette esistere questa minor responsabilità, solo quando la violenza siasi esercitata sull'ernia ed abbia quindi sulla parte erniosa dell'intestino determinato la lacerazione.

Delle scottature in relazione alla medicina legale; del dott. Antonio Tarchini Bonfanti. (*Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*, aprile-giugno 1877).

L'Autore studiò principalmente l'effetto del calore raggiante sulla cute umana, dovendo risolvere un quesito propostogli dal Tribunale, se cioè l'abbruciamento di biancheria avesse potuto arrecare scottature sul corpo di un infante giacente in una culla alla distanza di 70 centimetri dalla sorgente calorifica. A quest'uopo egli espose pezzetti di filo, di cotone alla distanza di un metro, di 70 centimetri da una fornace in cui bruciava coke, ma non potè osservare bruciature di sorta in questi; collocò pure alla medesima distanza davanti a questa fornace gambe di un cadavere in parte denudate, in parte coperte di tela; e potè osservare che se la tela e le gambe divenivano assai calde non presentavano mai bruciatura; la gamba aveva assunto una colorazione bruna, con superficie coriacea, ma l'epidermide non era in alcun punto sollevata, senz'alcun'areola intorno a questo punto reso più bruno; la sezione non mostrò nulla di più, tranne l'incipiente fusione dell'adipe; insomma non si ebbe che un principio di cottura. Ciò malgrado, l'Autore riflettendo che la epidermide risentì l'azione del fuoco, che nel vivo questa deve manifestarsi in modo più energico, che non si poteva precisare la giacitura dell'infante, l'estensione della parte coperta o scoperta di esso, ammise che non si poteva negare la possibilità che le bruciature riscontrate nell'infante si dovessero al calore irradiato dall'indicato ammasso di biancherie in fiamme.

Suicidio per ferita al cuore mediante un pezzo di vetro; del dottor Sander. (*Viert für gerichtl. Med.*, luglio 1877, e *Rivista sperim.*, 1877, num. 2).

Un giovane di 24 anni, scrivano, discendente da famiglia in cui esistettero alienati, ammogliato, fu accolto alla Charité di Berlino in preda a mania furibonda. Prima però di divenir maniaco aveva ripetutamente dichiarato di voler porre fine ai suoi giorni. Dopo 9 giorni di degenza

al Manicomio abbastanza tranquillo, rompe i vetri della finestra e lo si sorprende, mentre con un pezzo di vetro si feriva il petto, gridando di lasciarlo fare. Estratto il vetro confittosi nel petto, fluì gran quantità di sangue ed il malato fatti alcuni passi, spirò. Alla sezione si riscontrarono tracce di meningite cronica, idrocefalo interno; al petto, al bordo inferiore della 5ª costa 4 1|2 centim. dalla linea mediana si trova sulla cute una soluzione di continuità lunga 2 1|2 centim., larga 3|4 di centim., si vede in corrispondenza a questa traforata la 5ª e 6ª costa. Il pericardio è forato a sinistra per la lunghezza di 2 centimetri, un centimetro al disopra del diaframma; alla sua parte sinistra e 2 1|2 centimetri dalla punta si trova una ferita a bordi irregolari lunga circa 2 1|2 centimetri, ampia 1 1|2 centimetri. La ferita penetra all'interno, ma serratesi le fibre muscolari non si vede apertura all' interno del cuore. Infatti l'esame più minuto venne a dimostrare che le trabecole del cuore si erano scostate semplicemente, avendo lasciato uno spazio per cui penetrò il frammento di vetro, il quale a forma triangolare era appuntito lungo centimetri 19 1|2 e largo centimetri 4,3 alla sua base, dello spessore di 2 millimetri.

Questo fatto è abbastanza importante tanto dal lato della traumatologia forense, quanto dal punto di vista psichiatrico, perchè mostra con quanta facilità si possono produrre lesioni letali, e con quanta astuzia ed ostinazione chi vuol suicidarsi provvede ai mezzi che possono metter ad effetto il triste proposito.

Sopra l'avvelenamento per gas illuminante e sull'avvelenamento per ossido di carbonio; del dott. Wesch. (*Viertelj. für gerichtl. Medizin.*, vol. XXVI, 1876).

Il dott. Wesch dà notizia di alcuni effetti tossici del gas illuminante, cioè di 5 uomini, i quali ammalarono e di 2 altri che morirono per inalazione di gas illuminante sprigionato dalla rottura di un tubo sepolto per circa metri 1,7. Il gas era nelle camere penetrato traversando il terreno assai poroso.

L'Autore dimostrò sperimentalmente come malgrado l'intensa qualità di CO, quando l'animale sia stato esposto all'aria per 15 minuti al più allo esame spettroscopico del sangue non sia più riconoscibile la presenza dell'ossido di carbonio. Oltre che sperimentalmente, ciò dimostrò praticamente, avendo osservato nessuna traccia di ossido di carbonio nel sangue di un tale che quasi avvelenato da questo gaz era stato per due ore esposto all'aria. L'Autore poi dimostra come i fenomeni cadaverici dell'avvelenamento per Co^2 differiscano dar quelli per Co. I fenomeni tossici in questo ultimo caso occorrono con maggiore rapidità che nel primo. Giammai egli avrebbe osservato nell'avvelenamento per CO la paralisi delle estremità inferiori descritte da Hünefeld. Coll'assunzione del CO^2 gli animali muoiono senza convulsioni, mentre morirebbero con vivissime convulsioni per CO; i polmoni degli animali avvelenati per Co^2 sono edematosi, ingrossati, rosso pallidi ed anche azzurrognoli. Il

cuore ed i vasi sono riempiti di sangue oscuro e coagulato. Invece per avvelenamento per CO i polmoni afflosciscono, il sangue è rutilante; allo spettroscopio si hanno le reazioni proprie del Co, mentre invece nell' intossicazione per Co^2 il sangue allo spettroscopio non presenta alcune reazioni particolari.

Il Relatore però, registrando queste osservazioni, aggiunge le sue riserve circa la frequenza ed il carattere dei reperti necroscopici nei due casi considerati.

Morte improvvisa sospetta; del dott. ZUGGL. (*Friedreich's Blätter für gerichtl. med.*, XVI Jahrgang).

Questo fatto non ha altra importanza che quella di dimostrare come morti improvvise affatto spontanee possono assumere il carattere di morti violenti. Un pessimo soggetto, accattabrighe (Raufbold) muore all' improvviso dopo aver emesso pella bocca una gran quantità di sangue. La diagnosi fatta di *tisi polmonare* in soggetto d'apparenze robuste non soddisfece al magistrato, il quale ordinò l'autopsia giudiziaria. Questa dimostrò la esistenza di un ascesso al didietro della biforcazione della trachea, che erasi aperto la strada attraverso l'esofago. Nella laringe si trovò massa considerevole di sangue e di pus. L'individuo aveva già da alcun tempo sofferto di sifilide secondaria. L'Autore crede che l'infezione sifilitica sia stata la causa della suppurazione delle ghiandole bronchiali, da cui il processo letale prese il suo punto di partenza.

Sul rosso visivo (Sehroth) **e sull' optografia**; dei professori BOLL, KÜHNE, SCHENK, ADLER, JAEGER, ecc. (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1877).

Deve esser noto ai nostri lettori che il prof. Boll nel febbraio passato annunciò all' Accademia delle scienze di Berlino ed a quella dei Lincei di Roma una sua scoperta sulla fisiologia della retina. Egli trovò che nella gran parte degli animali la retina nel suo fondo è rossa in grazia di una sostanza colorante detta da lui primamente *porpora visiva* (Sehpurpur), quindi *rosso visivo o retinico* (Sehroth); questa sostanza si smunge e si distrugge sotto l'effetto della luce, mentre tolta o scemata questa, si riproduce. Il prof. Boll avrebbe pure osservato parecchi stadj in queste modificazioni di colore della retina. Nel 1° stadio, appena l'occhio fu tolto da un ambiente oscuro, la retina è rossa, tanto da simulare un coagulo sanguigno; nel 2° stadio scompare questa colorazione rossa e per circa 30-60 secondi mantiensi del colore del vaso; nel 3° stadio la retina diventa trasparente e si mantiene tale per circa un quarto d'ora; nell'ultimo stadio finalmente la retina perduta ogni trasparenza, diventa torbida. Dimostrava pure il prof. Boll come queste differenze di colore si dovessero ad alterazioni microscopiche dei bastoncini; l'ultimo stadio però avrebbe la sua causa nella coagulazione delle sostanze albuminoidi che si trovano negli strati della retina. Concludeva pure ad una tesi assai importante pella medicina legale, cioè che questa colorazione rossa esiste solo durante la vita, e permane pochissimi istanti dopo la morte; e che all'ottalmoscopo un mammifero esaminato al-

l'istante della morte, presenta un improvviso impallidimento del fondo dell'occhio, e *che forse su questo fatto potrebbe fondarsi un metodo vantaggioso alla medicina legale per istabilire la diagnosi della morte reale.*

Annunciata la scoperta di Boll, il prof. Kühne di Heidelberg cercò di farne subito un' applicazione pratica; studiò cioè la possibilità di poter riconoscere fissata sul fondo retinico l' imagine dell'oggetto fissato da un animale dianzi tenuto all'oscuro, prevedendo che quest' imagine come conseguente ad una irradiazione e quindi ad un disperdimento della porpora visiva doveva esser bianca e corrispondente alla posizione relativa dell'oggetto fissato cogli assi oculari. Egli quindi intraprese le sue sperienze su conigli albini, i quali furono tenuti all'oscuro e quindi costretti a fissare una finestra in cui vi era luce assai viva; dopo dieci minuti tagliò a questi la testa, immerse il globo oculare mantenuto all' oscuro in una soluzione di allume e potè riscontrare nel fondo dell'occhio l'imagine della finestra stata dall'animale fissata negli ultimi istanti di sua vita. Egli chiamò *optografia* questo mezzo di aver le imagini ed *ottogramma* l' imagine retinica. Successivi esperimenti dello stesso Kühne, di Helfreich, Schenk, ecc. ecc., dimostrarono la possibilità di ottenere sul fondo dell'occhio questa specie di imagine fotografica dell'ultimo oggetto osservato. Naturalmente taluno precorrendo un po' troppo rapidamente le applicazioni pratiche di questo fatto scientifico volle addirittura cavarne delle conseguenze pratiche in servigio della medicina legale; si volle vedere infatti qui un mezzo eccellente per poter riconoscere dall'esame del fondo dell' occhio dell' individuo morto l' ultimo oggetto fissato, quindi anche il ritratto dell'assassino, ecc. ecc. Per ora dobbiamo limitarci alla esposizione del fatto scientifico, il quale, se ha in sè i germi di qualche applicazione, *per ora* deve esser considerato nel campo medico-legale di una utilità affatto relativa.

Solo notiamo qui, come schiarimento storico, che già fin dal 1869 il dott. Bourrion in Francia annunciò di avere ottenuto dal fondo dell'occhio di una donna l' imagine d'un giovane imberbe, la testa ed il collo d'un cane, mediante la fotografia del fondo istesso. La Società medico-psicologico di Parigi se ne occupava nella seduta del 21 gennaio 1869 nominando una commissione che studiasse quanto vi era di nero nella scoperta del dott. Bourrion. Ma tranne qualche articolo di giornale politico, non si ebbe fino all'anno scorso alcun sentore di quest' argomento. (Vedi Tamassia, *Sull'optografia* « Rivista sperimentale di freniatria e Med. legale » anno III, fasc. 1°).

Sulle ecchimosi sottopleuriche, e pericardiche; del dottor Pénard. (*Ann. d'Hyg.*, aprile 1877).

È noto come Casper prima e poscia Tardieu avessero richiamato l'osservazione sulla presenza di piccole ecchimosi sottopleuriche nelle morti per soffocazione. È pur noto come Tardieu abbia più d'ogni altro insistito nel voler ritenere queste ecchimosi come patognomoniche della

morte per soffocazione; ma deve esser pur noto come gli studj successivi di Liman e di molti altri abbiano dimostrato la insussistenza di questo fatto, avendo riscontrato dietro esame più accurato esistere le ecchimosi sottopleuriche in molti altri generi di morte, mancare invece nella morte per soffocazione. Ora il dott. Pénard dai suoi studj pratici viene a confermare questa conclusione, e quindi a ridurre al suo giusto valore tale reperto cadaverico. Due sue osservazioni dimostrano che al principio del travaglio, quando vi ha arresto di circolazione che induca la morte del feto, i polmoni, il cuore, il timo, il tessuto cellulare sottocutaneo talora sono la sede di macchie ecchimotiche assolutamente simili a quelle che risultano dalla morte per soffocazione. L'arresto della circolazione era dovuto in un caso ad una rigidità del collo, nell'altro ad una procidenza del cordone in una presentazione delle natiche. Dodici altre osservazioni dell'Autore dimostrano che quando l'arresto della circolazione induce la morte del feto durante l'ultimo periodo del travaglio, o qualche istante dopo la nascita, i polmoni, il pericardio, il timo sono la sede di macchie ecchimotiche analoghe a quelle che risultano dalla morte per soffocazione. Finalmente due altre osservazioni dell'Autore dimostrano che in infanti morti alcune ore ad alcuni giorni dopo la nascita in seguito alla lunga difficoltà del parto, i polmoni, quantunque completamente penetrati dall'aria, sono come il pericardio ed il timo, sede di macchie ecchimotiche analoghe a quelle che risultano pella morte da soffocazione.

Onde l'Autore conclude:

1.° Le ecchimosi si riscontrano tanto negli infanti morti in seguito all'arresto della circolazione, quanto in infanti morti per soffocazione.

2.° I casi in cui si riscontrano queste ecchimosi su feti morti prima della nascita, non sono sì eccezionali come sembra credere Tardieu.

3.° In infanti morti alcuni giorni od alcune ore dopo la nascita, pel solo fatto delle condizioni in cui sonosi trovati durante il travaglio si possono riscontrare con polmoni riempiti completamente d'aria macchie ecchimotiche sui polmoni stessi, sul pericardio, sul timo.

L'affare di Penge. Nota del prof. A Tamassia. (*Riv. sper. di fren. e medicina legale*, fasc. IV, anno III, 1877).

I giornali medici e non medici d'Inghilterra son pieni da alcuni giorni di articoli, di discussioni vivissime su questo affare di Penge; e a nostro amaro sconforto, in questa lotta la medicina legale proprio non ci fa la miglior figura. Ma il fatto è per sè gravissimo; le indagini mediche compite con la massima noncuranza o leggerezza hanno dato luogo a conclusioni sì contradditorie, che può trovarsi più che giustificato il cicaleccio che quest'affare ha destato. Ecco di che si tratta. Certo Louis Adolphus Staunton di Penge, nella contea di Kent, vuol liberarsi di sua moglie, Enrichetta Richardson, per unirsi ad una sua amante e cugina. A quest'uopo affida ai proprj parenti la moglie, provvedendo al vitto ed all'alloggio di questa e del suo figlio con venti scellini (25 franchi) set-

timanali e si dà completamente in braccio all'amante. I parenti confinano la povera donna in un' alcova senz'aria e senza luce, le negono vesti e per tutto cibo le concedono un tozzo di pane ammuffito. Finalmente questa povera vittima immersa nei sudiciume, ischeletrita, muore. Sua madre denuncia all'Autorità i colpevoli, che ritenuti rei d'aver fatto morire di fame (starvation) la defunta, son condannati a morte coi complici loro. Ma fu durante il processo che il pubblico si eccitò e si divise: periti dell'accusa sostenevano che Enrichetta Staunton fosse morta di inanizione; periti della difesa all'incontro sostennero invece esser questa morta per meningite tubercolare, o pelle conseguenze di una paralisi progressiva.

Unico fondamento ad ogni discussione era il protocollo della sezione giudiziaria instituita dai periti fiscali. Davanti a sì grande dissonanza di pareri non solo il pubblico profano, ma ancora il pubblico medico, mercè i giornali scientifici, cominciò un' accanita battaglia di accuse, di commenti più a meno ingegnosi del famoso protocollo di sezione. Noi abbiamo sott'occhio questa polemica abbastanza interessante, ma non crediamo valga la pena di riassumerla; basti dire che il *British medical Journal*, e la *Lancet*, i due più riputati giornali medici inglesi, furono i portavoce di accuse reciproche, il primo compiacendosi della sentenza del tribunale, il secondo invece organizzando una petizione in favore degli imputati *ingiustamente condannati*. Alla fine, malgrado fosse stata pubblicata la sentenza, i dottori Greenfield e Payne consigliarono di chiedere su questa sentenza l'arbitrato del sommo Virchow. Il quale nel N. 44 della *Berliner Klinische Wochenschrift*, inserì la sua risposta. Comincia in questa col dichiarare che questo processo dovrà richiamare l'attenzione dello Stato circa il modo con cui si istituisce le sezioni giudiziarie, e col compiacersi colla Germania che prescrive una determinata tecnica in queste ricerche. Analizza quindi il famigerato protocollo di sezione, che qui riassumiamo dal *British med. Journal* (6 oct. 1877):

Cadavere di donna nel massimo deperimento del peso di 74 libbre inglesi; nessuna lesione all'esterno del capo « levando la callottola del cranio si trovarono adesioni tra questa e la dura madre e l' aracnoide o membrana fibrosa che avvolge il cervello, e tra questa e la pia madre si mostra l'esistenza di una *preceduta infiammazione*; ma non esistevano tracce di una *recente* infiammazione, come linfa o effusione nei ventricoli cerebrali. Sulla pia madre si trovarono alcuni ammassi migliariformi probabilmente di natura tubercolare ».

Nessun'altra lesione degna di nota, tranne una piccola isola di 1 1[2 a 2 pollici quadrato *contenente deposito tubercolare grigio* ed *epatizzato.*

Dal protocollo risulta ancora che nè l' esofago, nè la laringe, nè la trachea vennero esaminati.

Ma non deve credersi che tutti i periti concordassero nell'ammettere

questo reperto; giacchè un terzo perito, pur presente alla sezione, riferì che non *esistevano* punto aderenze tra la dura madre ed il cranio, e tra questa e la pia!

Virchow fa notare come questa incoerenza di dettato si debba al cattivo metodo di sezione, e come si debba dubitare della scienza di periti che davanti ad un medesimo fatto diedero descrizione sì contradditorie. Fa pure notare come dalla incertezza di tale descrizione non possa argomentarsi se i pretesi *nodi tubercolari* altro non fossero che ghiandole di Pacchioni o papille aracnoideali (arachnoideale Warzen).

Quanto alla presenza delle masse tubercolari ed epatizzate nel polmone, Virchow dimostra come gli stessi periti ignorassero il linguaggio tecnico della scienza, e che se pur esistevano questi punti tubercolari ed epatizzati, dovevano ritenersi inattivi. Circa l'ipotesi messa innanzi da un perito della difesa, esser la paziente morta di paralisi progressiva, egli non può nè negarlo, nè approvarlo, nulla di obbiettivo circa questo punto avendo offerto il protocollo di sezione; onde in mancanza di ogni altro criterio, si apre la possibilità che la donna sia morta di fame. Ma davanti a tutte le incertezze accennate, Virchow si astiene da ogni giudizio, riassumendosi nelle parole: *non liquet.* E suggella il suo arbitrato con queste parole severissime, che vorremmo fossero ricordate anche in Italia. « Possa questo mio giudizio in qualche modo contribuire anche al di là della Manica a rischiarare le idee, e ad apportare nella pratica forense corredo di dottrina, ordine, fedeltà, sapiente riservatezza! » — Circostanza non certo di discolpa pei periti inglesi, ma di attenuazione può però ritrovarsi nell'indegna rimunerazione che la legge inglese accorda ai periti. Basti leggere le parole seguenti che traduciamo letteralmente da un articolo della direzione del *British medical Journal*, 20 oct. 1877, intitolato: « Post mortem inspections for coroners'inquestes ». (Necroscopie medico-legali). « Noi non esitiamo a dire che la generalità dei medici d'Inghilterra è posta in una condizione assai sfavorevole di fronte ai doveri che la legge esige da loro. In virtù della legge sulle perizie mediche (*Medical Witness Act*) essi sono obbligati dal giudice inquirente (coroner) a fare la sezione giudiziaria d'un cadavere, ricevendone tale rimunerazione che non li compensa della perdita del tempo e della noja cui sono chiamati. Essi in virtù della legge non possono rifiutarvisi, sotto pena dell'ammenda di cinque sterline. Nessuna meraviglia quindi se queste operazioni son fatte in modo imperfetto e frettoloso ».

I colleghi d'Inghilterra quindi possono su quest'argomento dar la mano ai colleghi d'Italia, i quali per quante rimostranze abbiano presentato, son pagati ancora dal fisco come semplici operaj, con quanto decoro e vantaggio della scienza è facile imaginare.

Nuovo metodo per iscoprire il sangue nelle macchie sospette di Cazeneuve. (*Compt. rendus de l'Acad. des sciences*, marzo 1877).

Questo metodo consiste nell'osservare le mutazioni indotte nel liquido

sospetto riscaldato dall' idrosolfato di soda. Il liquido sospetto cui siensi aggiunte alcune goccie di acqua distillata ed un po' di ammoniaca, se contiene sangue lascia scorgere all'esame spettroscopio la solita stria dell'ematina alcalina e la colorazione dicroitica ordinaria; ma se vi si aggiunge un po' di idrosolfato di soda, istantaneamente dispone la tinta dicroitica ed è rimpiazzata da una colorazione rosso-carmino, la quale assomiglia assai a quella dell'ossiemoglobina. Con altro liquido che non sia sangue, tale reazione non si attiene.

Altro metodo per iscoprire traccie di sangue; di Husson. (*Jour. de Pharm.*, tomo 22, p. 320).

È basato questo metodo sulla reazione del iodio sull'emoglobina, la quale per questo reagente si divide in *ematina* e *globulina;* si può quindi al microscopio assistere alla formazione di cristalli di *jodemina* e di *jodidrato* di *ematina*. Per ottener ciò, basta aggiungere al sangue che già deve contenere del iodio una goccia di acido acetico, e riscaldare il portoggetti Questo metodo può raccomandarsi specialmente quando trattasi di macchie di sangue in cui non si può riscontrare traccia di globuli. Però i cristalli di *jodemina* son comuni a tutti i generi di sangue.

Pulci viventi nei vestiti d'un annegato; del dottor Reuboldt di Würzburg. (*Viert. für gerichtl. Med. Neue Folge*, XXVI, p. 393).

Si volle da periti indurre che il cadavere d'una donna annegata non era rimasto che una mezza ora al più nell'acqua, perchè gli abiti della donna annegata avevano delle pulci ancora in vita; Reuboldt però volle verificare mercè alcuni esperimenti, se fosse vero che questi insetti non sopravvivessero che un mezzo minuto, od un minuto al più ad un' immersione. Egli trovò che questa opinione non aveva fondamento. All' inverso delle mosche, dei bruchi, dei ragni, le pulci resistono assai bene ad una sommersione prolungata. Dopo esser state immerse 10 ore nell'acqua, malgrado questa relativa privazione d'aria si protratta, si veggono rianimarsi appena sono estratte e seccate. La conclusione quindi fu che la presenza di questi insetti vivi sul corpo di un annegato non può servire a nulla nel valutare la durata del suo soggiorno nell'acqua.

II.

Identità.

Il colore dei capelli nelle questioni di identità; dei professori Bellini e Filippi.

Il Relatore dal 1.° volume della *Biblioteca Medico-Legale* dei professori Bellini e Filippi in cui, si riassume con somma diligenza ed imparzialità lo stato attuale della scienza medico-legale, dà un sunto di un brano relativo al colore dei capelli che dedotto da sperimenti originali viene smuovere uno dei tanti dogmi della scuola di Orfila.

I trattatisti di medicina legale consigliano di ricorrere alla chimica

per iscoprire la frode di colorazione artificiale ai capelli, barba, ecc., e suggeriscono le soluzioni acide per togliere il colore che assunsero per l'azione dei sali di piombo, rame, argento, bismuto; ma per quante esperienze sien state fatte dagli Autori, non si potè mai da essi ottenere che i capelli, od i peli ritornassero al loro colore primitivo, e ciò anche tenendo le ciocche per molto tempo in soluzioni acide. — Così quando la colorazione è prodotta dal nitrato d'argento solo od ammoniacale, o da quello unito all'acido tannico o gallico, viene consigliato di adoperare la soluzione di cianuro di potassio e quella di un iposolfito alcalino per far tornare al primitivo colore i capelli od i peli; ma anche qui dimostrarono le esperienze degli Autori che questi due reattivi mentre decolorano i capelli tinti del nitrato d'argento ammoniacale riescono senza effetto quando la colorazione è prodotta dal nitrato d'argento condotto allo stato di solfuro dal gas HS, ed a mala pena li decolorava, quando furono usati il nitrato d'argento e l'acido gallico o tannico.

I capelli ed i peli resi biondi dai cosmetici che constano di acidi o d'acqua ossigenata (*eau blonde — auricomus — acqua inglese*, ecc.), non si poterono mai dagli Autori ricondurre al loro colore primitivo, per cui, come si vede, la chimica porge al perito un debole ajuto in queste ricerche. — Perciò gli Autori ricorsero all'osservazione microscopica, trattando i capelli tinti e quelli di confronto colla semplice glicerina e vennero con questo mezzo alle seguenti conclusioni:

1.° Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente bianco-argentei* che erano stati tinti a bruno col nitrato acido di bismuto e solfidrato d'ammoniaca offrivano colorazione quasi naturale; ma esaminato più sottilmente offrivano al microscopio la particolarità d'avere i contorni delle cellule epiteliali formanti la pellicola esterna, così nettamente coloriti in nero, da mostrare una elegantissima sagrinatura, valevole a fare riconoscere l'esatto imbricamento di ciascuna delle cellule rettangolari e quadrilatere che formano quell'involucro. È siffatto coloramento parziale dei contorni delle cellule che visto ad occhio nudo fa prendere alla ciocca dei capelli quel colorito grigio-cupo, pell'impedimento che porta alla penetrazione dei raggi luminosi attraverso la sostanza fibrosa del pelo.

2.° Le ciocche dei capelli e dei peli bianchi che avevano subito il trattamento col nitrato d'argento ammoniacale si offrivano di colore castagno chiaro interpolate da alcune strie di colore bianco-grigio. Al microscopio si mostrarono di colore avana chiaro colle stesse sagrinature descritte.

3.° Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente rossi* trattate col nitrato d'argento ammoniacale e solfidrato di ammoniaca, al tatto si mostravano liscie, morbide, lucenti ed uniformemente colorate. I pezzetti dei capelli e dei peli naturali sottoposti al microscopio erano trasparenti e mostravano distinta la sostanza midollare, la fibrosa, e la

pellicola esterna; mentre i pezzetti del capello artificialmente colorati comparvero assolutamente opachi, senza lasciar passare alcun raggio di luce neppure attraverso la sostanza corticale.

4.º Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente bianchi* trattate col nitrato d'argento e solfidrato di ammoniaca si offrivano ruvide al tatto, ed avevano perduto la loro lucentezza ed apparivano di un colore nero. Un pezzo di capello e di pelo tinto in questo modo si mostrava di colore marrone cupo, con visibili sagrinature per il coloramento dei contorni delle cellule epiteliali, attraverso le quali era però sempre visibile il canale midollare, tratto tratto occupato dalla sostanza pigmentaria.

5.º Le ciocche di capelli e di peli *naturalmente grigi* furono tinte in nero col piombato di calce, il quale fece assumere ai medesimi un colore rossastro misto a chiazze grige, avevano perduta la loro lucentezza e la loro elasticità. Al microscopio davano un colore marrone assai intenso, ma disunito là ove la tintura nera era penetrata nella sostanza fibrosa corticale; talchè all'occhio si vedeva una variegazione assai caratteristica per la alternativa dei punti colorati e di quelli incolori.

6.º Le ciocche dei capelli e peli *bianco argentei* trattate col nitrato d'argento ammoniacale e con un miscuglio di acido tannico e gallico all'occhio nudo si offrivano di un colore verde bruno non splendente: al microscopio dettero bellissimo colore violetto.

7.º Le ciocche di capelli e di peli *bianco grigie* trattate coll'acetato di piombo e solfidrato d'ammoniaca, ruvide al tatto, al microscopio si offrirono di colore avana chiaro nella parte fibrosa corticale, con le cellule della pellicola esterna colorate nei loro contorni in oscuro.

8.º Capelli e peli *naturalmente castagno cupi* tenuti in una soluzione satura di cloro per 72 ore, si fecero al tatto ruvidi, con tinta disuguale per sfumatore biondo-chiare. — Al microscopio avevano color avana chiaro, con contorni assai colorati delle cellule della cuticola esterna.

9.º Capelli e peli *naturalmente neri* trattati con *Auricomus*, detto anche *acqua d'oro* si mostrarono morbidi, lisci, lucenti, di colore uniforme. Messi a confronto con pezzi di capelli normali lasciarono intravedere scoperta la parte fibrosa corticale, come se fosse sparita la cuticola esterna.

10.º Capelli e peli *naturalmente castagni* trattati coll'*acqua bionda*, conservarono la loro lucentezza ed avevano assunto una colorazione bionda. Al microscopio davano per rifrazione un colore avana chiaro e si mostravano quasi denudati della cuticola esterna, ed erano diventati fragilissimi. Resta ancora il quesito se capelli o peli naturalmente neri possono artificialmente essere portati al color bianco. Questo si ammise da tutti gli scrittori di medicina legale, soggiungendo che potevasi ciò ottenere col cloro o coll'acqua di cloro. — Ma le esperienze degli Au-

tori e del signor Agnolesi dimostrarono che questo non è possibile, neppure dopo una prolungata immersione. Solo osservarono questi che i capelli neri trattati col cloro o coll'acqua di cloro divenivano tutt'al più castagni o biondi, ma però a chiazze irregolari, che avrebbero resa impossibile questa simulazione. D'altra parte vi ha l'obbiezione di un piccolo valore, quella cioè che siffatta decolorazione solo si consegue con il cloro o con i suoi preparati che sono estremamente irritanti e che quindi non possono che con sommo pericolo dell'individuo essere tollerati.

III.

Venere forense.

Durata media della gravidanza. (*British Med. Journal*, 27 october 1877).

Secondo il dott. Stadfeldt di Copenaghen che pubblicò su questo argomento uno studio assai interessante, la durata media della gravidanza (65 casi) fu di 271,8 giorni, avendosi avuto l' oscillazione tra 250 e 293 giorni.

Contribuzione all'istologia dello sperma umano con alcune considerazioni circa la mancanza dei filamenti spermatici; del dott. Antonio Schlemmer. (*Vie·t. für gerichtl. Med.*, october 1877).

È noto come Casper prima, quindi Liman avessero osservato individui i quali, malgrado la loro robustezza, non avevano nemaspermi nel loro sperma, ed altri i quali, pur avendone avuto, più tardi o non ne presentarono più o in proporzioni piccolissime.

Il dottor Schlemmer studiò dei numerosi casi fin dove questa asserzione potesse accogliersi: si procurò quindi sperma di individui vivi, di individui colpiti da morte violenta, di individui morti per differenti malattie spontanee.

Come componenti dello sperma normale nella prima serie di individui esaminati, l'Autore riscontrò:

1.° Nemaspermi.

2.° Elementi globulari con molte granulazioni, simili assai ai globuli bianchi.

3.° Corpuscoli tondeggianti più piccoli 18-24 μ, con granulazioni.

4.° Corpuscoli globosi che secondo la loro grossezza hanno uno, due o tre nuclei: si distinguono dai precedenti pel numero limitato di nuclei, pella loro grandezza e son considerati dall'Autore come forme rappresentanti stadj ulteriori degli elementi sopradescritti.

5.° Epitelj di forme differenti.

6.° Piccole granulazioni simili alle cellule adipose, a contorni assai chiari, risultanti da un ammasso di alcuni nuclei.

Riscontrava su 156 casi esaminati sempre la presenza dello sperma, donde trasse le seguenti conclusioni:

1.° Lo sperma normale può occorrere in tutte le età.

2.° Che dalla circostanza che un individuo soffrì di una malattia generale o locale nulla si può inferire circa i caratteri dello sperma.

Circa poi la diminuzione della quantità dei filamenti spermatici, da numerosi casi esaminati, l'Autore dedusse provenire:

1.° Da un attivo e perdurante abuso.

2.° Dal frequente ripetersi dell'atto del coito.

3.° Da gravi malattie che inducono esaurimento.

Può però in queste stesse condizioni, oltre ad una diminuzione del numero dei nemaspermi osservarsi una vera alterazione nella composizione dello sperma:

1.° Colla mancanza dei nemaspermi.

2.° Coll'alterazione nella struttura dei componenti accessorj dello sperma.

3.° Coll'aggiungersi materiali estranei allo sperma.

Studiando poi individui compresi nella 2.ª e 3.ª serie (morti improvvisamente e di malattia) l'Autore venne alle seguenti conclusioni:

1.° Sia per un trauma o per una gonorrea può la secrezione spermatica esser così offesa, da cessare.

2.° L'anomala secrezione dello sperma può esser congenita.

3.° Alla mancanza dei nemaspermi si aggiunge generalmente un cambiamento di consistenza nello sperma.

4.° Possono occorrere nemaspermi anche quando la maggior parte del testicolo è alterata o distrutta.

5.° Sotto certe condizioni lo sperma a causa del pigmento che in esso si contiene può acquistare una colorazione giallognola e in questo caso si può con sicurezza indurre ad un'alterazione quantitativa degli elementi dello sperma: ciò può dipendere da degenerazione grassa degli elementi stessi.

Di alcuni vizj di conformazione dell'imene nei loro rapporti colla medicina legale; dei dott. E. Delens. (*Ann. d'Hyg.* 2.ª serie, vol. 47.°, pag. 493).

L'Autore segnala in questa nota due vizj di conformazione di imene, rare ma importanti a conoscere. Trattasi di due casi di imene *biperforato*, anomalia di cui Tardieu mise in dubbio la realtà e d'un imene ad orificio talmente stretto che equivaleva quasi ad un'imperforazione cioè, in una ragazza di 15 anni già usa al coito, Delens ha constatato l'esistenza d'un imene spesso, resistente ed avente al suo contro un orificio di un millimetro di diametro. È evidente che qui la deflorazione nelle condizioni ordinarie è resa impossibile e che dall'assenza di lacerazioni non sarà permesso di concludere che non sieno stati esercitate violenze e sforzi ripetuti. — Quanto ai due esempj di imene biperforato, l'uno fu riscontrato in una giovanetta di 11 anni, l'altro in una giovanetta già arrivata alla pubertà. Nel 1.° caso l'imene presentava due fori non aventi più di due millimetri di diametri e separati

l'uno dall'altro da una linguetta di 3-4 millimetri in tutto simile per aspetto e per consistenza al reste della membrana. Questa linguetta si continuava in alto col tubercolo sotto-uretrale. Nell' altra giovane già usa al coito, i due orificj dell'imene erano ovali col grande diametro nella direzione della fessura vulvare: erano separati l'uno dall'altro in una linguetta di 4-5 millimetri che si continuava in alto col tubercolo sotto-uretrale ed offriva la morbidezza e la colorazione rosea dell'imene. Il grande diametro di ciascuno di questi orifizj, era di 7, 8 millimetri ed il piccolo 4, 5 millimetri. Questi due orifizj erano perfettamente simmetrici: i loro bordi erano leggermente arricciati, ma senza lacerazione. Cornil che praticò la escisione della linguetta mediana, l'ha trovata costituita da una parte centrale fibro-vascolare ricoperta da una mucosa con papille rudimentali e d'epitelio normale. Anche in questo caso mancava ogni segno di deflorazione.

Imputazione di stupro mercè il cloroformio. (*The British. med. journal*, 17 nov. 1877).

È un caso importante non tanto pel genere della imputazione, quanto pella prova che viene ad offrire della vivezza delle allucinazioni cui può arrecare il cloroformio. Una signora si era recata da un dentista di Northampton, onde farsi estrarre un dente. Quegli le amministrò il cloroformio, ma quando l'anestesia era quasi raggiunta, la malata volle andarsene. dicendo che mentre essa *non poteva parlare, ma aveva piena coscienza*, erasi dal dentista attentato al di lei pudore. Dessa quindi col marito cui riferì il preteso attentato sporse querela davanti ai tribunali contro il dentista. Il quale provò come la cloroformizzazione era stata, tranne un brevissimo istante, fatta in presenza d'altri e sempre a porte aperte, ed aggiunse a sua ulteriore discolpa tale accusa provenire probabilmente da allucinazione prodotta dalla cloroformizzazione. — Il dott. Richardson uno dei periti confermò questa ipotesi, adducendo che la anestesia completa col cloroformio si ottiene dopo tre stadj: nel 1.° la coscienza è ancor desta, e vi predominano la resistenza del paziente ed il desiderio dell'aria; nel 2.° la coscienza è perduta, ma l'anestesia non è raggiunta, tanto da poter passare all'operazione; nel 3.° l'anestesia completa si aggiunge alla mancanza di sensi e dopo breve istante si ha rilasciamento delle membra; in allora è il tempo opportuno pell'operazione. Il perito opinò che la querelante versasse nel 2.° periodo dell'anestesia, e riferì gran numero di casi di allucinazioni e delirj da lui osservati in questo periodo; anzi secondo lui questo disordine psichico transitorio costituiva l'obiezione capitale contro l'uso del cloroformio. Riferiva in appoggio alla sua tesi il caso poco dissimile dal presente, di una signorina la quale cloroformizzata in presenza dei proprj genitori, si credette pur essa vittima d'un attentato al pudore, per parte del dentista: ricorse ai tribunali, e malgrado l'assoluzione di questo, rimase essa per tutta la vita nella piena con-

vinzione della realtà dell' attentato, tanto potente era stata l' allucinazione.

Il tribunale sentiti altri periti, assolse il dentista.

IV.

Biotanatologia dei neonati.

Sopra un caso di dubbio infanticidio; del prof. Hecker. (*Friedreich's Blätte für gerichtl. Med.* Heft. 5, 1877).

Abbiamo già dal lavoro di Hofmann sui fenomeni cadaverici veduto come alla diminuzione del volume del polmone sia dei neonati, sia degli adulti conspiri non solo il trassudamento del sangue dal parenchima di questi organi entro le cavità pleuriche, ma ancora l' elasticità assai grande del tessuto polmonare pella quale, il polmone già disteso dall'aria per respirazione, oppure fortemente sfiancato per inspirazioni violenti (asfissia) può restringersi d' assai ed anche nei casi di infanticidio può indurre un *relativo* stato fetale. Quest' osservazione che ha un'importanza (limitata però) nella dottrina dell' infanticidio era già stata fatta primitivamente da Schröder. Hecker con il caso che noi riassumiamo la conferma.

Trattasi di un infanté nato dopo otto mesi di vita intraüterina, il quale dopo 28 ore di *respirazione incompleta* alla sezione offerse i suoi polmoni vuoti d'aria. Hecker spiega questo fatto ammettendo che sulla grande elasticità del tessuto polmonare l' aria penetrata nei rolmoni sulla avvenuta respirazione — per quanto incompleta — sia stata scacciata e siansi così ridotti vuoti d'aria i polmoni.

Contribuzione alla dottrina dell' infanticidio; pel dott. Alessandro Cuzzi. (*Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1877).

L'Autore studiò le modificazioni determinate dalla respirazione nella cavità media del timpano onde riconfermare le deduzioni di Wendt, Blumenstrek, Wreden, ecc. — Egli giunse alle conclusioni seguenti:

1.° Il turacciolo gelatinoso nella cavità media dell' udito può fare completamente difetto: quando esiste può riempire solo incompletamente la cavità del timpano.

2.° Al posto di detto turacciolo si osserva frequentemente un liquido colorato dall'emoglobina e contenente in sospensione elementi istologici varj (globuli rossi, cellule embrionali, cellule di epitelio vibratile, cellule di epitelio pavimentoso).

3.° La presenza degli elementi del liquido amniotico nell'orecchio medio autorizza solo ad affermare che il feto ha sofferto nella cavità uterina, ma che non è necessariamente morto per asfissia prima di venire alla luce.

4.° La presenza dell'aria della cavità timpanica indica in modo certo che il feto ha respirato, purchè sieno fatte due riserve: cioè si sia sicuri che il feto non venne insufflato e che la putrefazione non sia tanto avvanzata.

5.° La mancanza d'aria nella cassa del timpano non permette di trarre alcuna conclusione, potendo fare difetto anche nei bambini che hanno respirato.

Come vedranno i lettori, il Relatore era pur giunto alle medesime conclusioni nella sua ultima *Rivista di Medicina Legale* di questi *Annali*. Il valore di questa prova affatto secondario è subordinato a troppe condizioni. Lo stesso dott. Cuzzi ripetè pure i lavori sperimentali di Negrier sulla resistenza del funicolo ombelicale — questione che assai spesso nei casi di morte dell'infante per parto precipitoso si mette all'innanzi; e secondo l'Autore si potrebbero formulare i seguenti punti riassuntivi:

1.° La resistenza del funicolo o mbellicale è in media di chilogr. 5,150; ed il limite medio di coesione per ogni metro quadrato è di chilogrammi 0,0075.

2.° Una notevole influenza sulla resistenza del funicolo ombellicale è esercitata dalla disposizione dei vasi: meno importante circa questo proposito sarebbe la quantità della gelatina di Wherton.

3.° La lacerazione del funicolo cade di preferenza in vicinanza dell'inserzione placentare.

4.° L'aspetto della lacerazione è frastagliato ed irregolare.

Il Relatore qui però deve accennare ad un'inesattezza dell'Autore circa la diagnosi pella morte per soffocazione. L'Autore ammette con Tardieu segno patognomonico di questa morte le ecchimosi sotto-pleuriche e sotto-pericardiche. — Ora questo preteso segno diagnostico dopo gli studj di Liman e d'altri ha perduto ogni valore e deve esser messo fra i segni necroscopici secondarj. Queste ecchimosi sottoplenriche occorrono nel cadavere ogni volta che si riscontrarono nella crasi del sangue, nella pressione intravascolare e cardiaca, nella alterazione istologica delle tonache vascolari le condizioni ordinarie dell'emorragia. Onde si trovano in moltissimi generi di morte quali l'attacco epilettico, la pioemia, l'avvelenamento per fosforo e per arsenico, ecc., in cui non havvi alcun rapporto coll'asfissia o colla soffocazione propriamente detta. — Le esperienze recenti di Pénard che riferimmo confermano ancora questa tesi e riducono al nulla il dogma scientifico della scuola di Tardieu. — Anche il prof. Hofmann nel suo recente trattato parlando di queste ecchimosi, toglie loro ogni valore diagnostico esclusivo, scrivendo:

Le accennate ecchimosi sotto-pleuriche non sono in alcun modo proprie di una determinata forma di asfissia: ma possono occorrere in molti generi di asfissia, giacchè le convulsioni specialmente e il ritiramento dei vaso-motori appartengono alla forma tipica della soffocazione e in questi casi solo in via eccezionale non insorgono tali ecchimosi; mentre noi le riscontrammo non solo nelle morti per soffocazione meccanica, ma ancora in quelle morti per soffocazione d'indole interna, ed in quelle che conseguirono ad avvelenamenti apportanti convulsioni. Perciò cade

la dottrina di Tardieu giustamente impugnata da Liman e da altri che queste ecchimosi sotto-pleuriche sieno segno proprio pella morte per soffocazione nel senso ristretto — ossia per occlusione delle vie respiratorie. Contribuiscono infatti a produrle altre circostanze individuali, quali, ad esempio, una certa fragilità e sottigliezza vascolare donde la facilità di trovarle nei neonati e nei vecchi le cui pareti vascolari offrono la minor resistenza. (Hofmann's *Lehrbuch der gerichtlichen Medicin*. Wien 1877, pag. 520-21).

Della docimasia della cavità media dell'udito nelle questioni d'infanticidio; del prof. Ed. Hofmann.

Dal predetto bellissimo trattato di Medicina legale del prof. Ed. Hofmann il Relatore stacca il giudizio dell'Autore (pag. 728) sul valore di questa docimasia, che viene in modo sì autorevole a dar appoggio alle osservazioni di parecchi medici-legali italiani:

Le nostre esperienze ci hanno dimostrato che in infanti che nacquero morti senza aver dato alcun segno di respirazione, la cavità del timpano era completamente riempita da un turacciolo mucoso. Ma però ci si offerse lo stesso reperto in infanti, i quali notoriamente avevano vissuto vita autonoma ed erano poscia morti. Questi reperti si riscontrarono di preferenza in feti non maturi sebbene vitali, i quali non avevano nè lungamente, nè gagliardamente respirato; da ciò pare debba presupporsi all'entrata dell'aria nelle cavità del timpano una certa gagliardia di respirazione, come riconosce lo stesso Wendt. — Però riscontrammo ancora in due infanti maturi, robusti che vennero uccisi dopo la nascita ed *i cui polmoni erano completamente pieni d'aria uno stato assolutamente fetale della cavità del timpano*. — Come regola emerse però che quando l'infante aveva fatto movimenti respiratorj prima o dopo la nascita, anche il turacciolo mucoso della cavità del timpano era più o meno sparito, e che il lume di questa cavità conteneva elementi di quell'ambiente che era stato inspirato, od era penetrato per inghiottimento nel parenchima polmonare. Specialmente in tutti quei casi in cui l'infante era nato vivo ed aveva respirato (fatta eccezione dei due casi accennati) noi potemmo avvertire una certa quantità d'aria nella detta cavità del timpano, la quale era tanto maggiore, tanto più gagliarda e protratta era stata la respirazione. Giungemmo pure a trovare sempre in quei feti che erano morti per « asfissia fetale » nella cavità del timpano quei materiali che in conseguenza di questi movimenti di respirazione precoce penetrarono nel polmone (acqua dell'amnios, meconio, vernix caseosa). Qui però è da osservarsi che non devesi ritenere proveniente dall'esterno ogni liquido che si può riscontrare nella cavità del timpano; giacchè sciogliendosi assai prestamente questi turaccioli mucosi, talune volte in cadaveri non tanto freschi, e costantemente in cadaveri putrefatti si trova la cavità timpanica riempiuta da un liquido siero-sanguigno, che deriva appunto da una dissoluzione colliquativa di questi turaccioli mucosi, e che lascia scorgere al-

l'esame microscopico detriti dei suoi elementi e globuli rossi sanguigni deperiti. Questo liquido può associarsi naturalmente con contenuti straordinarj. Quando penetrò nella cavità del timpano acqua amniotica od anche meconio, queste sostanze anche macroscopicamente si possono riconoscere al primo aprire della cavità timpanica sotto la forma di piccole masse fioccose biancastre, giallognole o verdastre, le quali si possono isolatamente estrarre, ed all'esame microscopico permettono che vi si scorgano i materiali della vernix caseosa — ossia cellule epidermoidali, goccioline adipose, cristalli di colesterina, più raramente lanugine, — mentre quando si contenga meconio, si potrà riconoscere la presenza della bile in squamme oppure trasformata in cristalli di bilirubina. Degli altri contenuti straordinarj che si possono nella cavità timpanica rintracciare specialmente meritano di essere accennate le materie delle fogne, che noi in due casi di infanticidio per soffocazione degli infanti in latrine potemmo verificare. — Si possono altresì riscontrare questi varj elementi tra loro combinati, ad esempio, aria con idramnios e suoi elementi, o con materiale di fogna. Nel primo caso noi ricordiamo però che si possono riscontrare certe cellule epiteliari pavimentose mescolate ad aria, e che normalmente devonsi ad un atto inspiratorio, essendo derivate dalla mucosa della cavità orale; sarebbe quindi erroneo il ritenere queste cellule derivanti dall'idramnios.

V.

Psicopatologia forense.

Assassinio commesso da un epilettico; del dott. Motet. (*Ann. d'Hyg. et Méd. légale.* janvier 1878).

Un certo Levêque brillo per libazioni alcooliche non voleva una sera allontanarsi da un terreno soggetto alla servitù militare. Al soldato che lo voleva allontanare rispondeva: se tu fossi solo, io ti sventrerei: e gli gettò contro dei sassi: molti passaggieri si intromisero, fra cui un certo Maucourant, il quale, provocato, gli diede una dose di busse e s' incamminò a casa sua L' accusato lo seguì; lo volle costringere a battersi ancora e lo percosse alla spalla: si impegna una seconda rissa nella quale l'accusato estrae di tasca un coltello e lo immerge nel petto di Maucourant, che cade morto quasi instantaneamente. — Tratto alle Assisie, il Levêque si conobbe esser uomo di 42 anni, vigorosamente costituito; aveva lasciato nel suo paese natale pessimi ricordi per violenze su suoi parenti per ragioni d' interesse. È epilettico, ma non fu posto mai prima del 1872 in manicomio. Giunto a Parigi nel 1872, il giorno istesso del suo arrivo fu preso da un accesso di furore e frantuma nella casa d'un suo parente in cui era stato accolto, quanto gli cade fra mano. Fu mandato quindi a Bicêtre, ove gli si riconosce *vertigine epilettica con impulsioni violente*: vi restò fino al novem-

bre, nel qual tempo è dimesso non avendo mai avuto accessi. Nel 1873 è ancor preso da accessi epilettici, cui si aggiunge alcoolismo leggiero. Egli ha conservato memoria della rissa avuta; solo dice che nell'istante in cui colpì col coltello, egli non sapeva ciò che si facesse. Di due medici che lo videro subito dopo il delitto, uno ammette che per quanto egli si fosse di natura brutale, violenta, abbia goduto della pienezza delle sue facoltà mentali; l'altro invece lo ritiene addirittura irresponsabile, derivando il delitto conseguenza di un impulso epilettico.

Il perito dott. Motet dice che l'accusato gli raccontò per filo e per segno ciò che gli era occorso nella giornata fatale, e che nell'istante di questa narrazione, questi avvertendo « che il suo male saliva » fu preso da un accesso epilettico, dopo cui rimase mezzo instupidito per circa un quarto d'ora. — Davanti ai giurati, il perito confermò l'esistenza dell'epilessia, ma non potè riconoscere la influenza di questa sulla impulsione al commesso delitto. Egli insistè sui fatti seguenti: mancanza di istantaneità, lotte successive, conservazione della memoria dei fatti, mancanza della impulsione cieca dell'epilettico che colpisce senza provocazione, a caso, e si scaglia contro una vittima a lui ignota. Di più il furore omicida non eruppe d'un tratto ma era stato lentamente preparato, e le fatte provocazioni e le ingiurie non provavano punto l'azione della epilessia, durante la quale si colpisce, si ferisce, ecc., senza proferir parola. — Ma tenendo conto della brutalità congenita, dell'alcoolismo, della collera, della violenza propria del carattere dell'epilettico, il perito propose che la responsabilità dell'accusato fosse scemata; e questa proposta venne accettata dai giurì.

Di alcuni disordini intellettuali attribuibili alla fame; del dott. Follet professore alla Facoltà di Lilla. (*Ann. d'Hyg. et Méd. légale*, nov. 1877).

L'Autore non occupandosi che dei disordini vitali ascrivibili alla sola *fame*, anzichè alla *inanizione*, riferisce due casi di azioni criminose commesse sotto il tormento di quella.

Il primo riguarda un giovane di 15 anni, che espulso da una casa commerciale cui apparteneva come apprendista, stette *quarantasei ore* senza prendere alcun cibo. Egli percorse a digiuno le vie di Cambrai; ed alla due del dopopranzo trovandosi sui bastioni della città, vista una giovinetta di otto anni, l'afferrò pel collo, la gettò per terra e con un bastone impiombato la percosse nel modo più grave, tanto che si credette morta la sua vittima. Ciò fatto si recò spontaneamente a costituirsi all'Autorità, raccontando ciò che aveva fatto. Interrogato sulla causa che lo aveva spinto a questo delitto, egli rispose: *Io avevo fame, avevo perduto la testa, e non so il perchè io abbia agito così.*

L'Autorità affidò al dott. Follet l'esame mentale dell'imputato, e quegli, escluso ogni accesso di mania transitoria, epilettica, ogni tendenza a violare la fanciulla, ritenne l'imputato non responsabile in conseguenza di disordini intellettuali ascrivibili alla fame. — Il secondo caso riguarda un uomo di costumi miti, il quale a proposito d'una osservazione futile

fattagli, vibrò un colpo di coltello ad un suo compagno. — Interrogato non presentava il menomo segno di alienazione: egli asseriva d'aver commesso l'atto criminoso in un istante di vertigine, di stordimento e di non avere alcuna rimembranza di ciò che aveva fatto; nè mai era stato soggetto a questi disturbi psichici; però raccontava che in quel tempo egli trovavasi senza lavoro (da una settimana), e che non avendo che 3 o 4 soldi, non aveva mangiato dal giorno innanzi che un piccolo pane d'un soldo e bevuto due bicchierini di acquavite. — Qui il dott. Follet come elemento dirimente la responsabilità, oltre il disturbo psichico indotto dalla fame, considerò effetto dell'alcool a stomaco vuoto; onde l'imputato venne assolto.

L'Autore osservando questi disturbi esser forti sempre dopo la cessazione dell'alimentazione, non esita ad ascriverli a quest'ultima causa, considerando che l'astinenza induce gastralgie (gastralgia famelica) e questa alla sua volta pell'intervento del pneumogastrico, può agire sinistramente sul cervello e dar luogo quindi ad illusioni ed a vertigini. L'A. riferisce pure che il dott. Vanverts in conseguenza della fame fu pure in preda a vivissime illusioni ed allucinazioni, a movimenti impulsivi. — L'A. però soggiunge non potersi genericamente ammettere che ad ogni caso di fame si protratta debbano corrispondere fenomeni di alterazione psichica, avendo osservato un prigioniero dell'Havre che voleva suicidarsi coll'astinenza dei cibi, esser rimasto *sei* giorni senza cibi, e senza offrire mai un istante di disordine psichico. — L'Autore quindi in appoggio a questa immunità durante la fame cita la osservazione propria di un suo gatto che rimase *19 giorni* senza cibo, offrendo per tutta alterazione un'eccessiva magrezza; ma noi, pur non mettendo in dubbio la buona fede dell'A., dobbiamo soggiungere che in questo caso ci sembra straordinaria non tanto la mancanza di alcun fenomeno morboso, quanto il semplice protraimento della vita; *probabilmente nell'apprezzamento di qualche circostanze che gli permisero di stabilire esattamente questa data, corse qualche errore di calcolo.* — Circa poi la causa dei disordini psichici dovuti alla fame, osserviamo potersi, oltre che all'azione indiretta dei pneumogastrici, riscontrare in una anemia cerebrale, sia per diminuzione della massa sanguigna, sia per rallentato impulso cardiaco.

Sulla pazzia dei delinquenti; del dott. Kornfeld. (*Friedreich's Blätter für ger. Med.* Gennajo e febbrajo 1878).

L'Autore ammette che lo studio della pazzia dei delinquenti non possa esser fatto convenientemente che dai medici carcerarj; alle sue conclusioni teoriche (non ancora completamente uscite in luce) premette alcuni casi di pazzia dei criminali, fra cui il seguente degno di essere notato pella confluenza che lo stato mestruale può determinare sullo stato psichico.

M. L., nubile, di 25 anni, fu condannata alla prigione come incendiaria e quindi inviata nel suo luogo di pena. Dopo alcuni giorni di

condotta tranquilla, cominciò a mostrarsi straordinariamente irrequieta; da ciò punizioni. Ma ciò malgrado la condotta della condannata tratto tratto diveniva sempre più perversa, tanto che le toccarono le punizioni più gravi, subite le quali ritornava ancora nel primitivo andazzo. Il Direttore dello Stabilimento carcerario finalmente richiese o che la si punisse quale esempio nel modo più duro, oppure la si allontanasse dallo Stabilimento. Però fu chiamato il medico. Questi esaminando il tempo della irrequietezza e delle pene inflitte, trovò che si rinnovavano costantemente ogni quattro settimane: quindi sospettò che il periodo di furore coincidesse col periodo menstruale. La condannata venne trasportata in un manicomio: qui venne constatata che dessa era epilettica, e che malgrado l'apparente coerenza del linguaggio, era in preda a debolezza ed a disordine mentale, e sfornita completamente di senso morale. — Tratto tratto senza alcuna occasione mostravasi sommamente eccitata, gridava, inveiva contro tutti, mostrando tendenza infrenabile al suicidio. Questi accessi si trovarono regolarmente collimare col periodo menstruale; i tentativi di suicidio però si facevano in altro tempo, anche sotto l'apparenza della massima tranquillità. — L'ammalata successivamente cadde in piena pazzia con allucinazioni vivissime e morì alla fine di tabe in conseguenza di un foro fistoloso per carie alle coste.

Il Relatore informerà i lettori della *Rivista* del seguito di questo lavoro, appena sarà compiuto.

Sulla idiozia e l'imbecillità; pel dott. William W. Ireland, London 1877. (*Brit. med. journal*, 1877).

Il dott. Ireland è medico soprintendente dell'Asilo Nazionale Scozzese pell'educazione degli idioti e degli imbecilli. Egli quindi era in condizione di fornire ampli materiali pello studio di questi; ciò egli fece nel modo più completo nell'opera che abbiamo annunciato. — Data la definizione dell.idiozia e dell'imbecillità, l'Autore si occupa della statistica degli idioti. Secondo l'ultimo censimento (1871) nell'Inghilterra e nel paese di Galles vi sono 29,452 persone compreso sotto il nome di idioti e di imbecilli; però è da ritenersi questo numero inferiore al 25 per cento del vero; tal differenza è dall'Autore ascritta alla riluttanza che hanno i genitori di fare inscrivere fra gli idioti o congeneri i loro figli.

Nel rapporto all'intiera popolazione vi sarebbe *un* idiota od imbecille su 771 persone, ossia il 13 per 10 mila. — Fra le cause dell'idiozia l'Autore menziona l'eredità, i matrimonj consanguinei, l'ubbriachezza dei parenti, lo spavento o qualunque altra penosa impressione della madre durante la gravidanza: però riconosce che bisogna ammettere agente mai un'unica causa, ma sibbene la somma di parecchie.

La consanguineità del matrimonio sarebbe fra le cause più rare, ed agirebbe allorquando uno dei genitori deriva da ceppo non sano. Circa all'ubbriachezza, l'Autore non può ascriverle un'azione diretta, ma ri-

conosce che dessa anzichè produrre primitivamente l' idiozia ingenera una costituzione nervosa sì debole, da essere questa dalla più piccola causa alterato.

Circa la classificazione dell'Idiozia, l'Autore si attiene ai gruppi seguenti: 1.° Idiozia congenita. 2.° Idiozia eclamtica. 3.° Idiozia da microcefalia. 4.° Idiozia epilettica. 5.° Idiozia idrocefalica. 6.° Idiozia paralitica. 7.° Cretinismo. 8.° Idiozia traumatica. 9.° Idiozia da infiammazione. 10.° Idiozia da esaurimento (deprivativation). — L'Autore descrive quindi numerosi casi appartenenti a ciascun gruppo con relative illustrazioni diagnostiche e prognostiche e tocca il tema importantissimo della pazzia nei fanciulli. Secondo esso questo è fenomeno assai raro: il criterio diagnostico differenziale tra questa e la idiozia è che nella prima manca l'ebetudine intellettuale propria dell'idiozia, mentre esiste in essa una certa energia ed un certo grado di passione assolutamente differente dal torpore dell' idiozia. Però gli stessi idioti possono essere affetti da mania, melancolia e da delirio. — Esaminando le deficienze sensoriali e intellettuali degli idioti, l'Autore fa osservare come costoro — ed anche fra le classi più elevate — permangono fanciulli per tutta la vita: nelle classi più basse, l'intelligenza è assolutamente nulla. — Ed in rapporto alla possibile educazione degli idioti, l'Autore li divide in cinque gradi, secondo che essi possono parlare, possono apprendere a parlare, a leggere, a scrivere, a lavorare. — Il capitolo riguardante l'educazione degli idioti è il più importante.

L'Autore sostiene che il miglior vantaggio si ottiene coll' insegnamento simultaneo, anzichè coll'individuale spesso; egli scrive, è di sommo giovamento a questi fanciulli l'abbandonare quella uniforme e sconfortante inferiorità in cui vissero, ed il trovare che essi hanno compagni con cui possono scambiare le loro semplici idee, e contrarre simpatie, o che hanno ancora compagni che sono intellettualmente a loro inferiori. È dimostrato dalla pratica che l' educazione in comune può ridestare un certo spirito di emulazione. — Il libro finisce collo studio sulla legislazione circa gli idioti, facendo voto l' Autore che sien tolti gli inciampi che spesso impediscono l'ammissione degli idioti agli asili.

Monomania impulsiva da epilessia larvata; del prof. Augusto Tamburini. (*Rivista Sper. di Fren. e Med. legale*, 1877).

È un importantissimo caso di monomania da epilessia illustrato con i mezzi diagnostici più accurati e che mostra quanto l'indagine clinica ben condotta possa giovare alla esatta diagnosi medico-legale dello stato psichico. — Certo V. G., fittajuolo, un mattino scaglia contro certa N., sua amante un colpo di revolwer ed un colpo di pistola, per cui viene a ferire un di lei servo: l'insegue e la minaccia di nuovo; sfonda l'uscio della camera in cui questa erasi rifugiata, inveisce contro la di lei cameriera; finalmente si nasconde in un granajo, ove viene arrestato. — Confessa di essere stato spinto dal desiderio di vendicarsi; ma mostran-

dosi assai strano, viene inviato al Manicomio di Reggio Emilia, onde il suo stato psichico sia sottoposto ad indagine medico-legale. L'imputato ha 38 anni: è brachicefalo e macrocefalo: ha numerose cicatrici al cubito, di cui due assai spiccate al braccio destro: ha polso debole, alcune isole di anestesia, ed alcune altre di iperestesie sulla cute; in alcuni giorni però è grandissimo l'ottusità della sensibilità cutanea; ha alcune sensazioni di stringimento epigastrio, di strozzamento, di bolo, dolori gravativi specialmente alla fronte, brividi alle ginocchia, movimenti istantanei e bruschi di alcuni muscoli (specialmente al naso) e affatto involontarj e sussultorj: lo stesso si manifesta anche ai flessorj delle dita, ed alle mani che vanno soggette a tremitì, ecc. La tortuosità nelle arterie retiniche. — Ha leggier grado di amnesia specialmente in taluni giorni, tendenze intermittenti a correre, a lacerare, a percuotere: mostra affetto vivissimo pella donna da lui minacciata; ma in generale si nota estrema mobilità di aspetto o di passioni. — Esaminando quindi l'atto da lui commesso ed i suoi frequenti accessi impulsivi, si può riconoscere in lui esistere una *monomania impulsiva.* E poichè l'individuo fu soggetto ad attacchi frequenti di epilessia, perchè discende da parenti che hanno avuto gravi malattie mentali (apoplessie, disordini nervosi) e perchè le manifestazioni morbose dell'imputato prenla forma decisa di accessi, che, precedute da prodromi, scoppiano violenti e raggiungono un acme; dopo il quale scemono per cessare ben presto, lasciando disturbo mentale per circa un'ora sotto forma di ottudimento, si giudicò detta monomania impulsiva aver origine da *epilessia*, e considerossi quindi l'atto commesso come un vero accesso di *epilessia larvata.*

Questa si rende evidente dal carattere estremamente impulsivo dell'atto, dalla violenza, dallo stato di somma eccitazione sopraggiunta all'improvviso, dal successivo ottundimento, dal senso di pena e d'angoscia che precedette l'atto, dalle involontarie contratture dei muscoli striati, dall'amnesia relativa del fatto. Causa predisponente di questo stato epilettico si deve guardare nell'eredità, occasionale la produzione di alcune cicatrici sul braccio le quali avendo determinato dalle irritazioni continue alle estremità periferiche dei nervi hanno cagionata una vera epilessia riflessa. — Onde il perito prof. Tamburini giudicò il V. assolutamente irresponsabile del fatto imputatogli, essendo stato questo commesso durante un accesso di epilessia larvata; il suo giudizio è così riassunto:

1.° Il V. è affetto da *monomania impulsiva accessuale* dipendente da uno stato di *epilessia larvata*, d'origine probabilmente *reflessa.*

2.° Lo sviluppo di questa malattia è anteriore all'epoca in cui commise il crimine di cui è imputato.

3.° Nel momento in cui il V. commise il tentativo d'omicidio e i ferimenti gravi, trovavasi in preda per l'eccitamento passionale in cui l'alterco colla N. lo aveva fatto cadere, ad uno di quegli accessi di

epilessia mentale, manifestantisi con atti impulsivi violenti e pericolosi, a cui egli è andato prima e dipoi soggetto.

4.° Quindi il V. è irresponsabile dell'atto criminoso commesso.

Non avendo l'Ufficio d'Istruzione penale accettate le conclusioni della perizia, furono da esso interpellati ad un giudizio definitivo i dottori Verga, Biffi e Tarchini-Bonfanti, i quali, dopo lungo esame dei documenti, e dell'imputato (che era da varj mesi caduto in preda ad un completo accesso maniaco), convennero pienamente nei risultati della fatta perizia, e conclusero:

1.° Il V. trovasi oggi in istato di assoluta pazzia.

2.° Tale era nel momento in cui commise il fatto pel quale è accusato.

In seguito a ciò il R. Procuratore dichiarava, non farsi luogo a procedere contro il V., pel tentato omicidio di cui era imputato.

Indi il V. tornava di nuovo al Manicomio in preda ad accessi maniaci.

Gli ultimi studj italiani sulla imputabilità. Critica seconda del dottor Arrigo Tamassia, Incaricato dell'insegnamento della Medicina legale nella Università di Pavia. (*Riv. sper. di fren. e med. legale.* Anno II, fasc. IV).

Avendo il Ministro Guardasigilli Mancini pubblicato il sunto delle osservazioni e dei pareri che i cultori della Medicina legale e della Psichiatria proferirono circa il 1.° libro del progetto del Codice penale italiano, ed avendo pure detto Guardasigilli presentato in altro volume il testo definitivo del progetto da lui adottato, nonchè una dottissima relazione che dà ragione delle assunte sanzioni, l'Autore stese una Memoria su queste due pubblicazioni; in essa si studiò di esporre e di raggruppare i principj generali stati emessi dai varj scienziati, e di proporre al testo del Gardasigilli alcuni mutamenti, che in parte emergono dalla gran maggioranza dei pareri emessi.

L'Autore si compiace anzitutto della deferenza usata dal Guardasigilli ai cultori della Medicina legale e della Psichiatria; riconosce che la *dottrina della libertà relativa* è entrata già nei concetti della legislazione moderna. e non è più quindi una utopia astratta della Medicina, ma una deduzione scientifica da fatti psicologici e sociali. — Passa quindi l'Autore ad esaminare i giudizj preferiti, così concludendo.

« V'hanno piccole differenze nell'indole delle proposte; ma puossi dire però che l'idea fondamentale n'è comune. Il primo gruppo infatti desidera che si accenni ad uno stato di mente escludente la imputabilità; è amor di chiarezza; chè la condizione mentale come la sola determinante è necessariamente sottintesa nella formula della Commissione. Vi ha però in questa proposta l'intento lodevole di ricordare al legislatore ed ai giudici che si tratta di diserdine di mente, e quindi di un fatto di stretta competenza del medico. — Il secondo gruppo (ed è la maggioranza) si inspira alla tradizione del codice penale toscano;

vuole si accenni alla mancanza di libertà di elezione, come alla mancanza del vero fondamento della imputabilità, non bastando la sola conoscenza dell'atto in sè; e teme che nel concetto assai generico di forza esteriore non si possano comprendere tutte le lesioni della volontà che si riscontrano nei pazzi. Solo qui ci piace osservare non potersi mettere innanzi, come fece l'Accademia di Ferrara, l'anormalità della mente per paura che nella espressione *stato di mente* si volesse chiudere la possibilità dell'ignoranza della legge. Vi hanno stati i quali senz'essere assolutamente anormali, ad esempio, la dormiveglia, il sonno, ecc., debbono escludere la imputabilità: medicamente parlando, adottandosi la locuzione dell'Accademia di Ferrara, molti atti assolutamente non imputabili non andrebbero impuniti. Si vedrà invece come il progetto del Guardasigilli prevenga l'obbiezione della semplice ignoranza della legge. — Il terzo gruppo pur esso si preoccupa della possibilità di confondere la semplice ignoranza della legge collo stato di mente che può togliere della legge e della moralità ogni notizia: ad esso risponde, come all'Accademia di Ferrara, l'aggiunta che citerò fra poco del Guardasigilli. Il quarto gruppo che vuole si tenga conto dell'influenza del sesso sta troppo rigidamente nel campo della fisiologia e nello stesso tempo non lo percorre completamente, giacchè, oltre l'età troppo tenera cui provvede il codice, fisiologicamente l'età troppo inoltrata meriterebbe indulgenza pari a quella del sesso: ma a tutto la legge provvede colle circostanze attenuanti. Noi d'altra parte chiederemmo (*absit malitia dicto*) se pur, ammesse le condizioni speciali di costituzione psicologica nella donna, ed il relativo minor incentivo a delinquere in causa delle condizioni sociali in cui dessa è posta, equamente si possa per essa stabilire in linea assoluta una maggior mitezza di giudizj. — Il quinto gruppo finalmente accetta la formula della Commissione: e abbiamo già accennato le ragioni di quest'adozione. Circa la forza irresistibile i pareri son differenti e non poteva essere altrimenti, giacchè in questa forza irresistibile si comprendono elementi d'indole medica (impulsi morbosi, morbose tendenze) ed altri d'indole affatto estranea, quali la violenza materiale.

Ma esaminato sommariamente questo lavoro di critica, n'emerge il giudizio più vantaggioso. V'ha intanto la condanna unanime di quelle formole che, come quella del Codice Sardo, stabilivano nel modo più capriccioso ed antiscientifico determinate malattie o stati mentali escludenti essi soli la imputabilità: invece prevale l'idea di compendiare le condizioni fisio-patologiche della non imputabilità in una formola unica, sintetica che comprenda non solo l'aspirazione della psicopatologia moderna, ma eziandio quelle delle future. Infatti queste formole, allorquando scolpiscano nettamente un'idea generale, sintesi di infinite osservazioni parziali, son destinate a mantenersi immutate per moltissimi tempi: esempio di ciò la formola del Codice Toscano. Ancor degna di nota nella nostra scuola è la mancanza della più piccola allusione allo spi-

ritualismo, a questa patologia della psichiatria; mentre unanime la tendenza di comprendere sotto la parola mente l'insieme di tutte le attività psicologiche. Così pure si argomenta che ovunque regna la nozione esattamente scientifica della pazzia, nessuno avendo messi avanti quei caratteri volgari della pazzia, che pur troppo corrono in molti trattati, tutti invece accordandosi nella massima fondamentale, che è l'espressione degli ultimi studi instituiti sulla pazzia, esistere cioè nel pazzo conoscenza dei suoi atti, una certa facoltà di sceglierli nel compierli, ed esser dovere di difesa e di filantropia sociale l'erezione dei manicomi criminali. »

Passa quindi l'Autore ad esaminare la formola definitiva proposta dal Guardasigilli circa la sanzione della imputabilità: questa è così espressa. « Non è imputabile di reato colui che nel momento in cui commise il fatto, era in istato di follia o per qualunque causa non aveva la coscienza del delinquere: ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non potè resistere. »

« L'ignoranza della legge nè esclude, nè scema la imputabilità. »

L'Autore approva pienamente questa formola, trovandola larga e previdente e conforme allo stato attuale della psicologia forense, ed ai desiderj della maggioranza dei medici legali italiani.

Ma dove l'Autore non può convenire con l'onorevole Guardasigilli è nella sanzione che questo fa della imputabilità parziale, giacchè all'articolo che stabilisce le condizioni che escludono ogni imputabilità, fa seguire l'articolo:

« Se le cause enunciate nell'articolo precedente hanno grandemente scemata, ma non del tutto esclusa la imputabilità, la pena è diminuita da uno a tre gradi. — Il giudice può ordinare che la pena applicata sia scontata in una casa di custodia. »

L'Autore fatto osservare come la maggior parte degli scienziati italiani combattono questa imputabilità parziale, che rende possibile e sicuro che sia punita la pazzia anzichè la colpa, osservato pure, come aveva già fatto altra volta. (*Rivista Sper.* Anno 1876), il sommo pericolo che sta nascosto in questa disposizione, la contraddizione che si inaugura tra legislazione e decorso delle malattie mentali, l'opportunità di tutelare la società in questo caso di pazzia indeterminata con i manicomj criminali od istituti congeneri, anzichè colla prigione e colla galera, combatte un'obiezione che potrebbe esser mossa alla sua tesi dalle recenti scoperte di fisiologia pelle quali essendosi localizzate alcune funzioni, si potrebbe indurre che anche le funzioni mentali potessero isolatamente manifestarsi ed ammalare.

Non ci dissimuliamo, scrive l'Autore, una obiezione che qualche cultore della psichiatria, in base ad alcune ultime conquiste di questa, potrebbe muovere contro la nostra tesi. È noto come per gli studii brillanti di Hitzig, Ferrier, Albertoni ed alcuni altri si ammettono oggi nel cervello dell'uomo alcuni centri determinati, i quali per sè soli gover-

nerebbero certi atti d'indole volitiva (motori) e d'indole più complessa (di senso e di moto). Ora questa specie di indipendenza di alcuni punti da tutto l'insieme del cervello, la prospettiva della scoperta di altri consimili centri, potrebbero essere avanzate da alcuno come argomenti contrari al carattere generale di quelle lesioni mentali, le quali, come la illusione, l'allucinazione, e la così detta monomania, costituiscono in gran parte il terreno su cui si agita la questione della responsabilità parziale. Se vi ha infatti, osserverebbesi, indipendenza d'azione su alcuni atti fisiologici, altrettanto devo aversi nel campo patologico; onde, poichè non è lesa che una parte isolata della mente, non vi ha nè ingiustizia, nè erroneità a stabilire una responsabilità correlativa a quelle parti della mente, le quali, sebbene contigue ad un punto malato, ne sono però completamente indipendenti, e possono godere quindi della pienezza della loro attività fisiologica. Fuori quindi del dominio dell'illusione, dell'allucinazione, della così detta monomania e di altri stati congeneri, il codice penale può giustamente applicarsi; anzi è somma indulgenza, se in questi casi la pena si rende più mite. È, come si scorge, la teoria di Hoffbauer che fa capolino con una vernice moderna. — Riesce però assai facile il ridurre al suo giusto valore quest' obiezione, che noi stessi spontaneamente ci movemmo, onde non ci si accusasse di non volere tesoreggiare imparzialmente di tutti i progressi della scienza. Anzitutto, senza negare le risultanze sperimentali conseguenti all'irritazione od alla lesione di alcuni punti del cervello, non dobbiamo dissimularci esserci scienziati insigni fra cui lo Schiff, che negano ogni autonomia d'azione a questi centri, e dobbiamo pure mettere avanti il dubbio, che, in vista della somma facilità con cui sulla superficie cerebrale si vanno scoprendo nuovi centri d'azione, d' indole unica, ed in parte d'indole mista, questi pretesi centri autonomi d'azione si dovranno ridurre più modestamente a punti di maggiore attività; ed anche riconoscendoli veramente centri autonomi, nessuno può misurare l'influenza che ciascuno leso o non leso può esercitare sull'altro. Ma pure facendo ogni concessione in favore delle teorie d'Hitzig e Ferrier, siamo bene lontani dal vederne l'applicazione diretta alla psichiatria e specialmente alla fisiologia ed anatomia patologica delle varie alienazioni mentali: chè in quelle ricerche non si tratta che di funzioni di senso e di moto, punto di alterazioni psichiche. E per quanto l' analogia possa far supporre che l'insieme delle attività psichiche che raccogliamo sotto il nome di mente, altro non sia che la risultante dell' azione dei vari organi cerebrali, sgraziatamente oggi non siamo in grado di poter collegare gli effetti delle lesioni di questi centri motorj e sensorj, con le condizioni psicologiche e patologiche degli strumenti della mente. Se quindi può concedersi una certa autonomia di alcuni organi di senso e di moto, altrettanto non può dirsi di quelli della mente; il problema psicologico resta completamente intatto, e non si può risolvere che am-

mettendo il carattere generale anche dei più semplici disordini mentali.

E per quanto riguarda l'ammissione dei pazzi criminali nei manicomj criminali, o la custodia di colorc, che furono dichiarati non imputabili perchè avevano commesso il delitto in istato di pazzia, l'Autore discutendo un po'delle misure troppo recise consigliate dai molti, così conclude:

Ci sembrerebbe quindi equo l'esigere che l'imputato riconosciuto irresponsabile ed in istato attuale di malattia sia affidato, fino a guarigione formalmente riconosciuta ad un manicomio ordinario, quando non vi sia il menomo dubbio sul carattere di pazzia completa e di inoffensività (mania, paralisi progressiva, demenza, degenerazione psichica per epilessia. ecc.); ad un Manicomio criminale, quando si possano elevare alcuni dubbi sull'esistenza della pazzia, o questa vesta forme che esigano sorveglianza speciale (monomania, epilessia, melanconia, allucinazioni, mania transitoria, alcoolismo, ecc.); e finalmente sia messo in libertà, sotto il controllo della sorveglianza delle Autorità, quegli che in istato di pazzia, compito un delitto e di questo dichiarato irresponsabile, abbia indubbiamente all'istante del giudizio riacquistata l'intelligenza. Chiudendo questi in un manicomio, oltre l'offesa alla giustizia, vi sarebbe aperto il pericolo che pella privazione della libertà, pella insistenza frustranea a riacquistarla, pel contatto forzato con alienati e quindi pella terribile influenza dell'imitazione egli ricadesse nell'antica forma di male, o, cambiata forma, la sua pazzia divenisse addirittura inguaribile; mentre attuando queste nostre idee, ci pajon abbastanza tutelati i diritti della società rispetto a quelli dell'individuo, che non sono meno inviolabili e sacri.

Circa l'ubbriachezza considerata come stato derimente o meno la imputabilità, contrariamente alla formula Minesteriale, l'Autore, tranne il caso di ubbriachezza involontaria e la dipsomania, vorrebbe si sanzionasse una pena, giacchè l'ubbriachezza è sempre una condizione psichica volontariamente conseguita: in questa guisa si farebbe indirettamente anche la profilassi dell'alcooiismo.

Per ciò che riguarda l'età in cui deve cominciare la imputabilità l'Autore insiste perchè dessa venga un po'protratta (fino ai 10 anni e mezzo almeno); circa il sordimutismo accede alle proposte Ministeriali che stabiliscono in tutti i casi in grado assai limitato di imputabilità; e per ciò che riguarda la *recidiva* nei reati, l'Autore così si esprime:

Circa la recidiva, il testo definitivo adottato dal Guardasigilli è del seguente tenore:

Art. 84 (del progetto). § 1. *È recidivo colui che, dopo esser stato condannato per crimine o delitto con sentenza divenuta irrevocabile commette un altro crimine o delitto determinato dal medesimo pravo impulso.*

Art. 85. *Nella recidiva da crimine la pena è aumentata da uno a*

cinque anni, e può aggiungersi la sottoposizione alla vigilanza speciale della polizia da uno a cinque anni.

All'art. 90 § 9 si considera genericamente circostanza aggravante l'essere stato condannato per crimini o delitti non eguali a quelli per cui l'imputato fu condannato anteriormente.

Ommettendo tutte le ragioni di diritto esposte dal Guardasigilli per sostenere la sua tesi, osserviamo che il fondamento di questa non consiste, secondo lui, nell' insufficienza della pena, ma nella rinnovata azione delittuosa. « Nel recidivo, scrive, non è la pena che per sè medesima si riveli insufficiente: ma è la rinnovata azione delittuosa che manifesta in lui malvagia e perniciosa persistenza nello spregio della legge. Ora non si può disconoscere che questo carattere di maggior pravità indubbiamente si presenta nel fatto di coloro, che ricadendo nel maleficio, dimostrano esser governati sempre dalla medesima rea passione, cui prima obbedirono; ed in ciò consiste ancora pella società il cresciuto pericolo che vuolsi, col minacciato aumento di repressione, combattere. »

Questo è pure il concetto della Commissione ministeriale. Su questi articoli in cui si svolge uno dei più alti problemi delle scienze sociali, unico rispose in modo indiretto il prof. Lombroso nelle sue proposte circa i minorenni, consigliando di chiudere i recidivi in appositi istituti, pensiero che ampiamente sviluppò nel suo libro sull'*Uomo delinquente.* Eppure ci sembra che la medicina facendo tesoro degli studj più recenti sulla psicologia dei delinquenti, avrebbe dovuto far conoscere le proprie dottrine.

Ormai tutti coloro che si cullano nella teoria rosea del potere emendante della pena, davanti le statistiche spaventevoli dei recidivi che giungono talora fino all'80 per cento, devono essersi convinti della loro illusione; chè sarebbe ironia chiamare emendante quel mezzo disciplinare, che permette si ripresentino ancor colpevoli quasi tutti coloro di cui si supponeva teoricamente conseguita l'emenda. Dobbiamo quindi guardare le cose nel loro stato reale, senza pregiudizio di sistema, e riconoscere che l'unica ragione della pena sta nella difesa sociale, in quell'atto con cui il corpo sociale minacciato nella propria organizzazione, respinge una violenza, e togliendo la libertà all' Autore di questa, cerca prevenire che dessa si ripeta. D'altra parte non conviene neppur farsi illusione sull'indole e sulla correggibilità di certi delinquenti. Ve ne hanno alcuni che dalla mancanza di predisposizione ereditaria ed organica, dall'educazione, dal carattere del commesso delitto, dal terrore incusso dalla durezza della pena saranno distolti dal ricadere nella colpa: ma ve n'hanno altri in cui la tendenza al delitto è sì connaturata coll'indole loro, da conservarsi ribelli ad ogni tentativo di correzione, ad ogni rigore di pena. Per questi v'ha tale costituzione fisica e psichica, spesso decorrente coll'alcoolismo cronico o col *temperamento mattesco,* che il delitto sorge necessaria conseguenza d'un istinto indomabile. Eglino

stessi lo confessano: non amano che il delitto pel delitto, e per compirlo, sfidano le sorveglianze più astute, i pericoli, i dolori più crudeli. Così soggiogati da questo tristo retaggio passano di prigione in prigione, profittando della libertà ottenuta dopo scontata una pena per dar materia ad un'altra condanna, finchè alla fine divengono gli ospiti più assidui delle prigioni e delle galere, in cui sui nuovi venuti esercitano in virtù della loro anzianità e pertinacia nel delitto un terribile potere dittatorio. Son questi che danno il contributo sì desolante della recidività e che ritenendosi, come scrive il Guardasigilli, governati sempre dalla medesima rea passione, anzichè da un impulso morboso incorreggibile, richiamano su sè stessi i rigori della legge, la quale confida con ciò estinguere la rea passione.. Le statistiche penali illustrate con acume dal dottor Morselli (V. *Rivista sper.*, Anno III, Fasc. II), mostrano nel modo più chiaro questa nostra asserzione. Ora, dato il carattere di difesa della pena, data la sicurezza matematica che certi delinquenti diverranno recidivi, e saranno quindi pei loro delitti di perenne pericolo sociale, e che nessun mezzo di repressione o prevenzione varrà mai a spegnere in loro questa tendenza al male, non potendosi rimutarne l'organizzazione, non deve ritenersi giusta ed attuabile l'idea di sequestrare perennemente questi individui in appositi istituti? Il Lombroso, il Barini, il Manfredini non esitano a proporre carceri speciali per questi incorreggibili. Quando nessun metodo (scrive Lombroso) più giova, quando il reo si ribella alle sue cure e recidiva le 10, le 20 volte, la società non dovrebbe più attendere che ci si perfezionasse ancora, a sue spese, con una nuova sosta nel carcere, ma sequestrarlo fin che abbia sicurezza della sua emenda o meglio della sua impotenza a nuocere.

Noi uniamo la nostra voce a quella dell'illustre nostro Maestro, facendo voti che nelle prossime discussioni, il problema della recidiva venga risolto in questo senso e si tenga così grado alla medicina d'aver scrutata tutta l'ampiezza d'un pericolo sociale e d'aver pronunciata formalmente la impossibilità di sradicarla colle misure troppo miti e troppo teoriche fin ora seguite.

VI.

Parte formale.

Dell'insegnamento della medicina legale in Italia.

Colla massima compiacenza trascriviamo le parole dette dall'illustre prof. De Crecchio alla Camera dei Deputati, il 4 dicembre 1877 circa l'insegnamento della medicina legale in Italia. Chi vuol davvero che tal scienza riprenda il suo antico splendore fra noi, deve essergli grato di questa sua insistenza, cui speriamo corrispondano le fatte promesse del Ministro dell'Istruzione pubblica. Senza questo è vana ogni lusinga di vedere la medicina legale prendere il posto che le compete fra le mediche discipline.

De Crecchio: Ho già cennato poco prima, onorevole Ministro, che se le cose seguitassero a procedere come adesso, vi sarebbe una aperta contraddizione fra ciò che prescrive il regolamento ed i mezzi di cui noi disponiamo. Diffatti, il regolamento, per esempio, pretende con molta saggezza che le prove di esami per la medicina legale sieno date praticamente dagli aspiranti alla laurea. Ora si richiedono bene a ragione prove di reale perizia nelle cose che possono formare argomento di quistioni di medicina innanzi ai tribunali, e non prove di chiacchere e di parole.

E codesta certamente è un'ottima cosa, affinchè si tolgano una buona volta tanti scandali che avvengono giornalmente nelle Corti per l'imperizia di alcuni così detti periti.

Ma se questo pretende il regolamento, dov'è che sono assegnati i mezzi opportuni, affinchè l'insegnamento sia fatto in guisa da poter ragionevolmente pretendersi dai giovani tali prove di esame? Vi sarà qua e colà qualche professore che si sforza in tutti i modi per rendere pratico e dimostrativo il suo insegnamento di medicina legale; ma dove sono generalmente i mezzi sufficienti assegnati per tal fine dal Ministero di pubblica istruzione? Ed allora come si potrà richiedere ad un giovine una prova pratica per suo esame d'idoneità, se al professore ed a lui voi non avrete dato i mezzi opportuni per insegnare e per imparare?

Io devo lode e ringraziamenti all'onorevole ministro Coppino ed all'onorevole suo antecessore Bonghi se, a mia istanza, già va sorgendo in Napoli uno stabilimento pratico di medicina legale, ma io vorrei che quella non rimanesse una istituzione isolata, ma che l'insegnamento di medicina legale raggiungesse, dovunque esiste una Università, il suo adeguato sviluppamento.

Ma intanto che tale istituzione non cominci a funzionare realmente, noi ci troviamo anche in Napoli nella condizione di non poter pretendere negli esami ciò che pure i regolamenti esigono, perchè abbiamo la coscienza che i giovani non hanno potuto praticamente esercitarsi da per sè stessi a ciò che loro noi praticamente insegnamo. L'onorevole Ministro si persuaderà facilmente che per certi studi non basta il veder fare soltanto da chi sa fare, non basta vedere operare il professore, ma ciò che può meglio ammaestrare è bensì il fare da sè stesso, lo sbagliare anche molte volte e, sbagliando, riuscire finalmente ad imparare a far bene. Ora, se noi non ci mettiamo su questa via di offrire ai giovani i mezzi di esercitarsi sperimentalmente, non arriveremo mai ad ottenere ciò che i regolamenti pretendono.

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dott. G. FLARER.

Dürr — *Nuovi tentativi di cheratoplastica.*
Just — *Drenaggio dell'occhio con esito infausto.*
Zehender — *Breve rapporto sulla sezione ottalmologica della 50.ª riunione dei naturalisti in Monaco.*
Michel — *Sopra una cura ortopedica delle paralisi muscolari dell'occhio.*
Schroeter — *Cisti sierosa spontanea dell'iride.*
Niedieck — *Sulla neuritis migrans e sue conseguenze.*
Badal — *Retino-coroidite dovuta alla presenza d' un corpo straniero da quattro mesi fissato sulla congiuntiva palpebrale superiore.*
Id. — *Estrazione della cataratta senza iridectomia.*
Galezowski — *Studj sul distacco della jaloidea.*
Badal — *Focometro.*
Dransart — *Nistagmo dei minatori.*
Warlomont — *Rendiconto della sezione ottalmologica al Congresso periodico internazionale delle scienze mediche di Ginevra.*
Galezowski — *Sopra di un nuovo processo operatorio della trichiasi per mezzo del termo-cauterio.*
Twedy — *Influenza delle instillazioni del gelsemium sull'apparecchio della visione.*
Horner — *Indicazioni e controindicazioni dell'Atropina e del Calabar.*
Taylor — *Nuovo metodo ed efficace per la cura dei casi, così detti incurabili, del simblefaron.*
Ramorino — *Contributo allo studio dell'uso dell'eserina nelle malattie corneali.*
Roosa — *Rapporti della blefarite cigliare coll'ametropia.*
Gayet — *Cauterizzazione ignea della cornea.*
Mascaro — *Nuova cura della congiuntivite granulosa.*
Mac Keown — *Dell' uso della calamita per diagnosticare la presenza del ferro o dell'acciajo nell'occhio e per estrarre questi corpi stranieri.*
Schneider — *Contribuzione alla terapia degli epiteliomi sul bordo corneo-sclerale.*
Laqueur — *Dell' atropina e fisostigmina e loro azione sulla pressione endoculare.*

Neue Versuche über Keratoplastik. (*Nuovi tentativi di cheratoplastica*); del dott. Dürr di Annover. (*Klinische Monatsbl.*, september 1877).
Nell' autunno dello scorso anno, l'Autore s'accinse a trapiantare dei

pezzi di cornea di un animale, nell'occhio di un altro, usando di preferenza occhi di coniglio. Di tali esperimenti ne fece circa una ventina, escidendo dei pezzi di cornea della lunghezza da 5 a 8 mm. e dalla larghezza di 5 a 6 collo spessore di un millimetro. Il lembo trapiantato consisteva in una sottile lamina di sostanza corneale, ricoperta dal suo strato epiteliale intatto. Sulla cornea dell'animale che serviva all'esperimento, l'Autore praticava una ferita un po'più più piccola in tutte le dimensioni del lembo da trapiantarsi, onde nella coartazione inevitabile gli orli del lembo e quelli della ferita corneale, avessero possibilmente, a combaciare. Se l'impianto veniva fatto alla periferia della cornea, l'adesione si faceva in tutti i casi; all'incontro quando l'innesto era fatto più verso la metà della cornea, oppure nel centro, l'esperienza falliva costantemente.

L'Autore consiglia di formare un lembo corneale della voluta grandezza, colla base all' orlo sclerale. Nel praticare il lembo, si conduca il taglio come nell'estrazione di Gräfe attraverso all'orlo sclerale, in modo che un lembo di 2 mm. delle fibre sclerali, resti compreso nel taglio e si ottenga un lembo triangolare della congiuntiva della lunghezza di 4 mm. Sull' occhio dell' animale da sperimentarsi si pratichi una ferita corneale più piccola di un millimetro in tutti i diametri, del lembo da innestarsi. Dopo ciò si distacchi la congiuntiva dall' orlo corneale per tutta l'estensione della ferita, estendendo il distacco alquanto più all'indietro. In questa nicchia s'introducea il lembo congiuntivale del pezzo da trapiantarsi e lo si assicuri con alcuni punti di sutura con filo finissimo di seta. Siccome poi la congiuntiva distaccata si ritrae, giova di far passare il filo attraverso alle fibre sclerali del lembo, onde non impiegare troppa sostanza a coprire l' apertura. Messo a posto il lembo, si chiudono le palpebre colla cucitura. Coll' innesto applicato in tal maniera, ordinariamente non avviene reazione eccessiva. In seconda giornata per lo più l'adesione del lembo, ed i suoi bordi si adattano completamente a quelli della ferita. La cornea non presenta sintomi infiammatorj e la congiuntiva nel sito dell'innesto, è coperta da una rete vascolare discretamente sviluppata. Nei primi giorni avviene una leggiera secrezione purulenta. Al secondo o terzo giorno si leva la sutura. Il lembo trapiantato presenta una serie di cambiamenti fino alla sua definitiva adesione, che l'Autore distingue in tre stadj. Il primo comprende i fenomeni inerenti all'atto operatorio, il secondo i cambiamenti che si manifestano nella sostanza del lembo corneale, ed il terzo l' immedesimamento del lembo colla cornea.

Nello strato epiteliale del lembo, non si manifestano cambiamenti, ma invece nella sostanza propria, subito dopo l' operazione si produce un'imbibizione sierosa, per cui il lembo è intorbidato ed ispessito. Dopo alcuni giorni alla base del lembo si nota uno sviluppo straordinario di vasi che si dipartono dall' anello sclerale e si distribuiscono nel lembo

stesso, in modo che verso la fine della prima settimana od al principio della seconda, il lembo appare completamente rosso.

Nel secondo periodo la sostanza corneale del lembo, che prima era bianca opaca, assume una tinta gialliccia, la quale si fa sempre più intensa, a cui si associa un maggior rigonfiamento del lembo trapiantato a segno da sembrare in preda alla suppurazione.

Sul finire della seconda settimana od al principiar delle terza, incomincia il terzo periodo, col quale i cambiamenti nella sostanza corneale presentano la fase regressiva. La tinta giallognola si fa grigia e diminuisce il gonfiore. I vasi superficiali vanno scomparendo ed il lembo si riduce al livello della cornea facendosi a poco a poco trasparente. Nello spazio di sei settimane, qualche rara volta un po' più tardi, l'assimilazione del lembo è completa ed allora si osserva sulla cornea una leggiera cicatrice lineare di forma quadrangolare, che segue la grandezza del lembo innestato, il quale è trasparente come il rimanente della cornea ed ha la stessa curvatura.

La prima operazione che l'Autore ebbe a tentare sull'uomo, si fu nel mese di maggio, sopra di un ragazzo di 10 anni con cornea leucomatosa, su cui fece l'innesto di un lembo di cornea d'un coniglio misurando la parte trapiantata 5 mm. in senso della lunghezza ed altrettanto in larghezza.

Il decorso della cura fu identico a quello sopra descritto e nello spazio di due mesi il pezzo innestato appariva come un' isoletta di cornea sana in mezzo al leucoma e l'ammalato che prima dell'operazione non aveva che la percezione di luce quantitativa, potè distinguere gli oggetti grossolani ed imparare ad orientarsi.

Da quell'epoca l'Autore praticò ancora sei volte l'operazione sull'uomo ed in cinque l'operazione è riuscita, l'ultima è fallita per l'inquietudine del paziente.

Dal sopra esposto l'Autore trae i seguenti corollarj:

1.° Pezzi di cornea d'animale si possono trapiantare sulla cornea di altri animali.

2.° La parte periferica della cornea, è la più addatta per la trapiantazione.

3.° Pezzi di cornea d'un coniglio si possono innestare sopra la cornea d'un uomo.

4.° Il lembo trapiantato diventa nuovamente trasparente dopo effettuata l'adesione.

Drainage des Auges mit unglücklichem Ausgang. (*Drenaggio dell'occhio con esito infausto*); del dott. Just. (*Idem*, *ibidem*. October, pag. 355).

In una signora di 30 anni, l'Autore praticò il drenaggio per un recente distacco retinico in occhio miope. Il filo d'oro durante l'operazione a stento usciva dall'ago ricurvo, e sfuggì alla pinzetta dell'assistente, per cui venne di nuovo estratto insieme all'ago, dimodochè l'o-

perazione rimase incompleta. Rinnovata l' operazione dopo due giorni essendo il bulbo esente da infiammazione, si potè introdurre nel punto giusto il filo d'oro e la paziente per le prime ore non provò incomodo di sorta. Nella sera però subentrò il dolore, gonfiore della congiuntiva bulbare e della palpebra superiore ed alla mattina seguente, si presentava forte infiammazione sotto forma della coroideite suppurativa; a stento si potè levare il filo dalla congiuntiva bulbare edematosa. In seguito a ciò diminuirono alquanto i dolori, ma l'infiammazione mantenne la sua natura fino al terzo giorno, in cui l'ammalata volle essere dimessa dalla cura. La rilevante gonfiezza, il riflesso giallo caratteristico del fondo, non lasciavano dubbio sulla perdita dell'occhio e l'Autore riflettendo sulle cause che possono aver prodotto l'infausto esito, esclude che ciò si debba ascrivere all'aver ripetuta la manualità operatoria, inquantochè lo stesso sarebbe avvenuto a Cohn, senza che si manifestasse abnorme reazione.

Kurzer bericht über di ophtalmologische Section der 50 Versammlung der Naturforscher u. Aerzte in München. (*Breve rapporto sulla sezione ottalmologica della 50.ª riunione dei naturalisti in Monaco*). (*Idem*, *ibid.*, pag. 369).

Il prof. Alfredo Gräfe tenne un discorso sopra un nuovo ottalmotropo da lui inventato, per la dimostrazione dei cambiamenti di situazione del meridiano verticale nelle differenti posizioni degli occhi.

Il prof. De Zehender parlò sulla determinazione della distanza dei punti di rotazione degli occhi, a mezzo delle così dette immagini tapetiche (*Tapetenbilder*) con cui si dimostra che il sito dell'immagine tapetica, si può determinarlo esattamente, giacchè la distanza misurata dei due punti di rotazione dell' occhio, scelta da una serie di misurazioni, almeno per certe mezze distanze, è perfettamente concorde fino ad alcuni decimi di millimetro.

Il prof. H. Cohn di Breslavia intrattenne sulla necessità dell' esame delle orine nelle ambliopie e nelle paralisi muscolari dell'occhio.

Il prof. Alfredo Gräfe mostrò un nuovo ottalmoscopio da dimostrazione, della di cui opportunità i consedenti poterono completamente persuadersi.

Il dott. Schalkhauser tenne un discorso sopra di un caso di aneurisma della carotide interna nel canale carotico.

Il prof. Michel di Erlangen intrattenne l' adunanza colla descrizione della retinite apopletica, prodotta da trombosi spontanea della vena centrale del nervo ottico, mostrando altresì delle tavole colle figure del fondo oculare e con preparati di sezioni del nerv ottico.

Il prof. Manz di Friburgo mostrò dei preparati di un occhio umano albino, nel quale il pigmento mancava completamente nella coroidea, l' epitelio pigmentoso all' incontro era pigmentato, le sezioni verticali poi mostravano il nesso fra la membrana di Descemet ed il corpo cigliare.

Il prof. Schmidt-Rimpler mostrò uno straordinario arresto di sviluppo e deformità di un occhio di vitello, nel quale la massima parte della cornea era ricoperta da un dermoide ed era mancante la camera anteriore, nel mentre che l'iride era aderente alla cornea; fra l'iride e il corpo cigliare giaceva la lente, la quale con una piccola eminenza, attraversò all'apertura pupillare dell'iride si prolungava nel dermoide.

Inoltre il suddetto professore tenne parola sulla questione dell'enucleazione profilattica, allorchè trattasi di occhi feriti, affetti da ciclite, ma però in certo grado ancora atti alla visione, e riportò un caso, nel quale ad onta dalla pronta enucleazione, l'altro occhio venne affetto simpaticamente e si perdette.

Il prof. Cohn coll'appoggio di una statistica di 300,000 malati oculari tenne parola sul procentale interessamento in esse delle singole membrane oculari.

Il prof. Rothmund di Mònaco presentò un caso, dove tutta la metà inferiore della retina dell'occhio destro di un individuo miope in alto grado, era distaccata e nel quale mediante il drenaggio, secondo Wecker, tutta la parte distaccata della retina, contrasse nuovamente adesione e la facoltà visiva, che all'epoca dell'operazione era di 1|100 si portò a 5|50. Il filo d'oro era rimasto in sito 14 giorni.

Il prof. Holmgren di Upsala parlò della diagnosi della cecità pei colori.

Il suddetto a tale scopo si serve di una serie numerosa di pezzi di lana colorata. Sopra due individui affetti da tale infermità Holmgren mise in pratica il suo metodo.

Ueber eine orthopädische behandlung von Augenmuskellähmungen. (*Sopra una cura ortopedica delle paralisi muscolari dell'occhio*); del dott. Michel. (*Klinische Monatsblätt.*, november 1877(.

La cura si basa sul principio dei *movimenti passivi* e si distingue per la semplicità di sua esecuzione. Il motodo è il seguente: si afferra la congiuntiva, a mezzo di una usuale pinzetta da fissazione, in corrispondenza all'inserzione bulbare del muscolo paralizzato, in vicinanza all'orlo corneale, si conduce il bulbo nella direzione della sfera d'azione del muscolo paralizzato, il più possibilmente oltre l'ordinario limite di contrazione, indi nuovamente indietro, ripetendo tali movimenti di innanzi e indietro del bulbo, per lo spazio di circa due minuti

Immediatamente dopo questa manipolazione, l'effetto raggiunge il massimo d'intensità; la facoltà di contrazione sale ad 1 1|2 mm. almeno.

A poco a poco l'effetto diminuisce e però dopo la detta manipolazione, per un'ora desso corrisponde all'incirca ad un prisma da 12° a 16°. Solo successivamente subentra il ristabilimento del campo visivo. Il dolore è leggerissimo ed i fenomeni irritativi congiuntivali, che ne risultano vengono tolti coi fomenti freddi.

Un'operazione al giorno sembra sufficiente ed è rimarchevole la re-

sistenza opposta dall' antagonista, in modo da richiedere un discreto sforzo, per muovere il bulbo nella direzione del muscolo paralizzato.

L'Autore dice che i precipui vantaggi del metodo descritto, consistono nell'eliminazione dell'azione dell'antagonista e nella breve durata della cura. Per esempio in un ammalato affetto da una paralisi totale recente dell'adducente d'indole reumatica, si ottenne la completa guarigione in cinque settimane. Mediante il passivo avvicinamento dei punti d' inserzione del muscolo, paralizzato, si aumenta l'attività contrattile e la forza del musc olo colla frequente ripetizione della manipolazione si ottiene uno stimolo pel muscolo e pel nervo e perciò indirettamente si mantiene e si aumenta la nutrizione dello stesso.

Spontan entstandene seröse Iriscysten. (*Cisti sierose dell'iride spontanee*); del dott. P. Schroeter. (*Idem*, *ibidem*. December, pag. 417).

I casi di cisti sierosa dell' iride sinora descritti, sono quasi esclusivamente d' origine traumatica ed è perciò importante il registrare quei casi in cui, essendo esclusa la causa traumatica ed anche infiammatoria, pure dal punto di vista clinico ed anatomico, si mostrano cogli stessi caratteri delle prime.

Una ragazza di 18 anni, pallida e mal nutrita, si presentava all'Autore per certo incomodo, che solo da alcuni giorni era comparso al suo occhio, che provava disturbo nel lavorare, senza che potesse dire diminuita la facoltà visiva. Non eravi stata nè ferita dell'occhio e nemmeno infiammazione di sorta.

La cisti della grossezza di un mezzo pisello aveva la forma e l' aspetto delle altre cisti sierose dell'iride e si estendeva dal margine cigliare dell' iride, fino in vicinanza al margine pupillare ed era prominente, fino a toccare col suo apice la superficie posteriore della cornea. Una parte della zona pupillare non era compresa nel tumore ed aveva la forma e la grossezza normale, veniva però talmente spinta verso il centro pupillare, da protrudere arcuatamente nel circolo pupillare. La detta porzione d'iride si manteneva nella stessa posizione anche nella midriasi prodotta dall' atropina, sebbene non avesse contratta aderenza colla capsula. La parete anteriore della cisti, verso la parte mediana di essa, era formata dal tessuto normale dell'iride; nel rimanente il tessuto dell' iride era talmente rarefatto dallo stiramento, che solo alcuni resti di essa coprivano il tumore da avere l' aspetto al rischiaramento laterale, di un tessuto vescicolare, grigiastro, semitrasparente. A motivo della poca trasparenza, non si poteva distinguere della parete interna della cisti, che un certo qual riflesso giallognolo. Dirigendo il rischiaramento focale entro l'orlo pupillare esterno, si vedeva benissimo la superficie posteriore del tumore, ricoperta dal tessuto uveale normalmente bruno, che si spingeva contro la faccia esterna della lente. La cisti appariva perciò come incastrata fra due lamelle dell' iride. La lente ed il rimanente del bulbo, erano perfettamente sani, solo notavasi una parziale finissima injezione pericorneale in corrispondenza alla sede del tu-

more ed un circoscritto intorbidamento del tessuto corneale, in corrispondenza alla superficie anteriore del tumore. La facoltà visiva quasi normale con astigmatismo prodotto dalla posizione inclinata della lente; la quale per la pressione della superficie posteriore della ciste, aveva dovuto subire una rotazione secondo il suo asse verticale e perciò produrre un aumento di refrazione nel meridiano orizzontale. L'accomodazione normale.

La cisti venne escisa alla maniera di Arlt. La parete anteriore delle cisti punta col cheratotomo, lasciò sortire un umore che non si distingueva dall'umor acqueo, indi afferratala colla pinzetta la si distaccò in totalità con alcuni tratti di forbice, risultando così un coloboma irideo come nell'iridectomia, che non raggiungeva però il margine cigliare. Guarigione completa dopo otto giorni, con facoltà visiva normale e scomparso l'astigmatismo.

L'esame anatomico del pezzo, diede un risultato presso a poco eguale a quello delle cisti sierose, da causa traumatica come vennero descritte.

L'Autore ebbe ad osservare un altro caso di uno sviluppo di ciste sierosa eguale a quella descritta, ma che non venne operata e che tuttavia, sebbene la signora che ne era affetta asserisse di avere urtato con un occhio contro un angolo di un tavolo, pure non ricordandosi essa, quale dei due occhi fosse l'offeso e non avendo nemmeno avuto bisogno di trattamento curativo ed in ogni modo, non essendo avvenuta apertura delle pareti bulbari e quindi impossibile l'introduzione di elementi eterogenei nell'interno del bulbo, l'Autore si crede autorizzato e ritenerla anche questa sviluppatasi spontaneamente.

Ueber Neuritis migrans und ihre Folgezustände. (*Sulla Neuritis migrans e sue conseguenze*); del dott. W. Niedieck. (*Arch. f. experiment. Path. und Pharm.* e *Klinische Monatsbl.* December 1877, pag. 441).

Le osservazioni sopra la diffusione del processo infiammatorio nei nervi, secondo l'Autore, sarebbero finora tre sole. Dapprima Tiesler dimostrò il propagarsi della neurite negli esperimenti sugli animali. In seguito Feinberg non solo confermò tali osservazioni, ma ottenne altresì in 10 animali il passaggio dell'infiammazione del nervo al midollo spinale. Per ultimo Klemm trovò che il processo infiammatorio dal punto originario della lesione, si avvanza in ambedue le direzioni quando incontra il tronco nervoso e quando gli apparati terminali sono lesi, si diffonde dal centro verso la periferia e dalla periferia al centro.

L'Autore si è proposto di ripetere le esperienze dei detti Autori e di investigare in seguito all'irritazione di un nervo ischiatico, l'azione dell'irritazione infiammatoria periferica, sull'organo centrale e sull'altro ischiatico.

A tale intento s'istituirono 6 esperimenti sopra conigli, il cui risultato si fu il passaggio dei fenomeni paralitici all'arto inferiore opposto o la paralisi di tutta la metà posteriore del corpo. All'esame anatomopatologico si trovò che l'infiammazione si era diffusa più spesso in alto,

ed in un solo caso, in basso. Nell'infiammazione ascendente, si rinvenne la prima alterazione, là dove il nervo passa attraverso al canale osseo. La parte di nervo intermedia era perfettamente intatta. Altre alterazioni si rinvennero nel punto di escita del plesso nervoso dalla colonna vertebrale. Dal nervo ischiatico originariamente affetto, l'infiammazione attraverso alla colonna vertebrale, si propagò all'altro ischiatico, giacchè al punto di uscita di quest'ultimo si notava costantemente un rigonfiamento e nel tragitto attraverso al canale osseo, eravi rossore e gonfiezza.

In base alle dette osseevazioni è probabile (secondo il referente) che l'ottalmia simpatica, trovi la sua spiegazione in un processo analogo che si produce nei nervi cigliari.

Retino-choroidite liée a la présence d'un corps étranger fixé depuis quatre mois sur la conjonctive palpebrale superieure. (*Retino-coroidite dovuta alla presenza d'un corpo straniero da quàttro mesi fissato sulla congiuntiva palpebrale superiore*); del dott. Badal. (*Gazette médicale*, janvier 1877).

L'Autore riporta prima un caso di amaurosi simpatica da ferita del nervo sopraorbitale:

Un operajo tagliando della legna, venne còlto de una piccola scheggia, che andò ad infiggersi sotto la pelle del sopracciglio e non essendo stata estratta, vi si era incapsulata. Un giorno il soggetto essendosi accorto, che la vista andava rapidamente deteriorando dal lato affetto, si decise a presentarsi alla Clinica.

Immediatamente al disopra del sopracciglio, si notava la presenza di un corpo straniero, duro, appiattito, situato sul tragitto del nervo sopraorbitale e mobile colla pelle che lo ricopriva. Mediante un'incisione si estrasse una scheggia di legno, della lunghezza di 7 mm. circa e della larghezza di 3 mm.

L'acutezza visiva eccellente dal lato sano, era ridotta ad 1[5 dal lato affetto. Coll'ottalmoscopio si constatò la presenza d'una neuro-retinite, L'ammalato però non accusava, che una nebbia che gli intorbidava la visia.

Dopo tre settimane di cura, l'acutezza visiva era giunta a 2[3 e lo stato del fondo andava rapidamente migliorando, al punto che l'ammalato ritenendosi guarito, non comparve più alla visita.

La massima parte delle osservazioni di tal genere di malattia, risalgono ad epoca anteriore alla scoperta dell'ottalmoscopio, motivo per cui l'Autore ha creduto di riferire il caso sopradescritto, crede però che non esistano registrati casi di amaurosi consecutive alla presenza di un corpo straniero sulla congiuntiva palpebrale.

Un falegname andando contro vento, ad un tratto ebbe la sensazione di qualche cosa, che gli era penetrato nell'occhio destro. Malgrado il disturbo e l'irritazione prodotta dalla presenza del corpo straniero, egli non si decise a farne fare l'estrazione e continuò per quattro mesi nelle

sue consuete occupazioni e non fu che la diminuzione nella facoltà visiva, che lo decise a ricorrere alle persone dell'arte.

L'Autore riscontrò una moderata injezione della congiuntiva ed alla parte superiore della cornea, un *pannus tenuis*, che a tutta prima ritenne poter dipendere o da granulazioni o da concrezioni calcari delle ghiandole Meibomiane. Rovesciata la palpebra superiore, scoperse una sottilissima pellicola, nera, di un millimetro di diametro circa i tutti i sensi situata sulla congiuntiva a livello del bordo superiore del tarso e che con tutta facilità, venne levata con una tenta, ma che sgraziatamente andò perduta, per cui non si potè conoscerne la natura.

L'acutezza visiva normale nell'occhio sinistro, era di 1/4 nel destro.

Nessuna durezza del bulbo; la camera anteriore, l'iride ed il cristallino, non presentavano niente di particolare. La parte superiore della cornea era vascolarizzata e scabra, ma l'alterazione non raggiungendo l'apertura pupillare, non poteva avere influenza alcuna sull'acutezza visiva.

L'esame ottalmoscopico mostrava l'esistenza di numerosi corpuscoli mobili del vitreo; la papilla intorbidata, leggermente infiltrata, a contorni diffusi.

Lo strato epiteliale della coroidea era in preda ad una dissociazione pigmentare avanzata, in tutta l'estensione di questa membrana.

L'Autore si domanda, è egli possibile di mettere in dubbio la relazione da causa ed effetto esistente tra l'affezione del fondo oculare e la presenza del corpo straniero nella conginntiva? Una coincidenza sarebbe ben singolore. Si potrebbe è vero discutere la questione se si trattava in questo caso d'un'ottalmia simpatica propriamente detta, o d'una semplice propagazione dell'infiammazione della congiuntiva o della cornea, alla coroide ed al nervo ottico. Si deve osservare però, che la lesione locale fu poco importante per sè stessa, non determinò che una debole reazione e che è estremamente raro il caso, di vedere la malattia propagarsi all'emisfero superiore anche nei casi molto più gravi.

Extraction de la cataracte sans iridéctomie. (*Estrazione della cataratta senza iridectomia*); del dott. Badal. (*Gazette médicale*, mars 1877).

L'Autore presenta ai membri della Società di Biologia un ago ed un coltello lanceolare, destinati all'estrazione della cataratta col metodo seguente:

Primo tempo. — Introduzione dell'ago all'unione della cornea colla sclerotica ed all'estremità esterna del diametro trasverso, se si propone di fare l'estrazione al lato esterno. Discisione della capsula; ritiro dell'ago.

Secondo tempo. — Per la piccola ferita praticata dall'ago, introduzione d'un coltello lanceolare a punta ottusa, che basta spingerlo parallelamente al piano dell'iride fino al punto diametralmente opposto all'apertura d'entrata, per avere una sezione di 8 mm. e mezzo di lun-

ghezza alla sua parte interna. La forma e la grandezza del coltello furono calcolate in modo da ottenere questo risultato.

Terzo tempo — Ritiro lento del coltello ad eccezione della punta ottusa, che mantiene in sito l'iride per impedirne la procidenza. Espulsione del cristallino. Badal sopprime il blefarostato. L'assistente tiene divaricate le palpebre.

Études sur le decollement de la membrane hyaloidienne. (*Studj sul distacco della jaloidea*); del dott. Galezowski. (*Gazette médicale*, avril 1877).

Finora l'Autore ebbe cinque volte l'opportunità di osservare questa malattia, che esso considera non già come una complicazione del distacco retinico, ma bensì come malattia a sè, che si sviluppa in una maniera spontanea, in occhi affetti da miopia di grado fortissimo ed in cui la retina può restare completamente intatta ed al suo posto.

Dei tre casi di cui riporta la storia, riassumeremo solo i due ultimi, comecchè presentano osservazioni più complete ed accentuate per i caratteri distintivi per cui quest'affezione differisce dal distacco retinico, col quale tuttavia conserva molta rassomiglianza.

M. M., d'anni 50, impiegato, accusava un indebolimento di vista dell'occhio destro, manifestatosi quasi improvvisamente, sei settimane prima. La sua vista era sempre stata fortemente miope e già da molti anni, si serviva di occhiali del N. 3 concavo. All'esame istituito l'Autore constatò, che la densità dell'occhio ammalato era leggermente aumentata, la pupilla sembrava meno mobile, che nell'occhio sano. L'acutezza visiva era sensibilmente diminuita e l'ammalato difficilmente poteva leggere il N. 2 della scala tipografica. L'ammalato asseriva che gli oggetti gli apparivano ondulati, diffusi e come nuotanti nell'acqua. Il campo visivo era diminuito concentricamente, massime dal lato nasale. I colori erano distinti perfettamente.

All'esame ottalmoscopico si vedeva il fondo coperto da larghe macchie atrofiche peripapillari della coroidea, che si confondevano collo stafiloma posteriore. Alla distanza d'un diametro della papilla, si vedeva un arco di cerchio grigiastro contornante la papilla nei due terzi di sua circonferenza e sempre alla stessa distanza. Questa macchia semilunare si presentava con contorni ben delimitati alla sua faccia esterna, nel mentre che appariva diffusa alla sua parte interna verso la papilla. In pari tempo presentava un rigonfiamento in maniera, che i vasi retinici formavano un ginocchio al livello del cerchio nero.

A momenti la retina appariva più distinta ed a momenti alquanto velata in vicinanza alla papilla.

Facendo muovere la luce dall'alto al basso e da destra a sinistra, si vedeva la macchia grigia allontanarsi più che la papilla e la retina, il che prova che la macchia circolare, si trovava ad un livello differente dalla retina, molto più vicina al cristallino. Verosimilmente dunque era la jaloidea spinta in avanti da un liquido sieroso.

Osserv. 2.ª — M. M., d'anni 55, si fece visitare la prima volta il 19 dicembre 1876 per un indebolimento della vista sopravvenutogli a seguito di una caduta da un veicolo che gli ebbe poi a passare attraverso il corpo; dopo due mesi la vista s'indebolì in modo assai rapido e continua ancora a deteriorare. La sua vista fu sempre miope in alto grado e fino al 10.° anno di età, portava occhiali N. 3 ed a 20 anni prese il 2. 1|2 e discese poi fino al N. 1.

I suoi occhi erano duri, pupilla discretamente dilatata, reagiva molto bene all'azione dell'atropina. L'acutezza visiva notabilissimamente diminuita al punto che il suo occhio sinistro (il migliore) leggeva difficilmente il N. 5 della scala tipografica. Il campo visivo ristretto all'interno a 15 cent.

All'esame ottalmoscopico i due occhi presentavano la stessa apparenza ma di grado differente. Si trattava di occhi affetti da atrofia coroideale molto estesa. Ma allorchè si voleva esaminare la papilla, sia dell'uno che dell'altro occhio, si era disturbati da una specie di velo grigiastro trasparente, che terminava in vicinanza alla papilla sotto forma di una linea grigia ben delimitata. Coi movimenti dell'occhio o dello specchio, si constatava che questo velo, col suo margine delimitato si spostava di più, che le parti periferiche del fondo oculare. I vasi della papilla non subivano modificazione nella loro direzione, se non al margine del contorno grigiastro. Colà scomparivano quasi completamente e non potevano essere seguiti che in una direzione tutta differente, dove diminuivano altresì di volume. Tale disposizione non esisteva nei vasi che si portavano al basso.

La papilla era mal distinta in causa di questa nube. Il cristallino inoltre era opacato principalmente negli strati corticali posteriori.

Dopo l'accidente sofferto, l'ammalato non poteva quasi più condursi da sè, ma distingueva facilmente gli oggetti posti davvicino.

L'Autore riassume così i sintomi di questa malattia e secondo i quali si potrà stabilire la sua diagnosi nel suo principio:

1.° La malattia si manifesta negli occhi fortemente miopi, in individui che impiegano lenti di N. 10 o 20 diottrie.

2.° Atrofie coroideali generalizzate occupano per lo più il segmento posteriore dell'occhio.

3.° In seguito all'operazione di cateratta con perdita considerevole di vitreo, il distacco della jaloide, può verificarsi senza che vi sieno atrofie coroideali.

4.° La malattia si manifesta in modo rapido.

5.° Il campo visivo si trova diminuito concentricamente, ma in maniera molto più marcata dal lato nasale.

6.° L'acutezza visiva è diminuita; gli oggetti appajono ondulati e come notanti nell'aqua.

Pel trattamento di questa affezione l'Autore si propone di praticare una punzione attraverso la sclerotica, con un ago che intende spingere

fino alla borsa jaloidea, per aprirla e metterla in comunicazione tra il sacco sottojaloideo ed il corpo vitreo stesso, non si avrà più a temere che questo liquido sieroso trovandosi in contatto diretto colla retina, vi provochi delle alterazioni di nutrizione, che sarebbero fatali per la vista.

Focometre. (*Focometro. Société de Biologie*); del dott. BADAL. (*Gazette médicale*, avril 1877).

L'Autore presenta alla Società di Biologia il suo focometro basato sullo stesso principio dell'ottometro e che ne differisce per il minor costo dello stromento e per la sostituzione di un semplice vetro opaco, alla placca di prova fotografica.

La lente di cui si cerca la distanza focale, s'applica contro l'apertura del tubo che nell'ottometro costituisce l'oculare; l'osservatore si pone dal lato opposto, alla distanza che gli sembra più conveniente per la sua vista.

Il focometro non è quindi che un ottometro rovesciato.

L'istromento presenta il vantaggio che l'esperimentatore sia miope, ipermetropo, astigmatico o presbite non ne deve tener conto; non occorre nessun calcolo, tutto si riduce a cercare la posizione la più esatta possibile d'una placca di vetro opaco, sulla quale viene a dipingersi l'immagine di un oggetto lontano (un albero, ecc.) veduto attraverso alla lente che si trova fissata nel tubo. La forza rifrangente di questa seconda lente e la sua distanza dal punto ove si collocano le lenti da provarsi, furono determinate col calcolo in maniera, che la placca di vetro opaco, si sposta regolarmente di un millimetro per ciaschedun quarto di diottria metrica, che corrisponde alla più leggier differenza fra due numeri consecutivi delle nuove cassette da prova degli oculisti. Il N. 1 della gradazione corrisponde alla lente della diottria (1|36 antico), il N. 2 alla lente di due diottrie (1|18 antico).

Coll'ajuto di questo focometro, chiunque può apprezzare delle differenze di 1|3 ed anche di 1|5 di diottria (1|80 antico) vale a dire molto minori che il numero antico il più debole.

L'istromento presenta la particolarità interessante, che la grandezza dell'immagine che si forma sulla placca opaca, resta costante per la stessa distanza dell'oggetto, qualunque sia la lente di cui si ricerca il numero.

Du nystagmus chez les mineurs. (*Nistagmo dei minatori*); del dottor DRANSART. (*Annales d'Oculistique*, settembre et ottobre 1877).

Quando l'ammalato è allo stato di riposo e tiene gli occhi fissati al dissotto del piano orizzontale, non si nota niente di anormale. Il nistagmo appare alloraquando la linea dello sguardo è diretta al dissopra del piano orizzontale. Il fenomeno consiste in un movimento di va e vieni della cornea, da cui ne risultano due qualità di oscillazioni, che si combinano e si alternano molte volte nello stesso soggetto.

Per tutto il tempo di loro durata, la vista è alterata e tutti gli oggetti, che si trovano davanti agli occhi, si muovono nel senso delle oscillazioni.

Il numero di queste oscillazioni varia da 50 a 140 al minuto e sono più rapide, quando il soggetto travaglia in certe condizioni di elevazione dello sguardo.

La direzione dei globi oculari al dissopra del piano orizzontale, vale a dire l'entrata in azione del gruppo elevatore dei muscoli dell'occhio (retto superiore, piccolo, obliquo e retto interno), è la causa efficiente delle oscillazioni. La posizione elevata degli occhi che risulta, sia dal lavoro, detto alla vena, sia dal dover percorrere le gallerie insufficientemente elevate, eccita le oscillazioni, disturba la vista al punto, che il minatore finisce per non più vedere ed è obbligato di riposarsi e di dirigere lo sguardo al basso. I movimenti del corpo aumentano il nistagmo e bastano a suscitare le oscillazioni, la semplice rotazione del capo basta a produrle, ma desse si arrestano immediatamente, se gli occhi non sono diretti al dissopra del piano orizzontale.

Infine, esercitano un'influenza sullo sviluppo del nistagmo, l'azione della viva luce e l'oscurità, nonchè lo stato generale del soggetto come, per esempio, l'imbarazzo gastrico, l'angina, una leggier bronchite e gli eccessi alcoolici. L'Autore a tale proposito ha osservato che nel giorno istesso dell'eccesso alcoolico, l'affezione nistagmica è meno sensibile, analogamente a quanto si ebbe ad osservare nel delirium tremens.

È caratteristico circa l'abito esterno del nistagmico il suo incedere col capo arrovesciato un po' all'indietro e nella generalità dei casi gli ammalati sono affetti da anemia, disturbi gastrici, palpitazione ed un complesso di sintomi, che dinotano una generale decadenza.

I nistagmici poi si lagnano tutti di mal di capo, in ispecie durante il travaglio accompagnato da sensazione di gonfiore e bruciore agli occhi, simile a quelli dell'astenopia muscolare, dovuta all'ipermetropia ed all'insufficienza del retto interno.

Per rapporto allo stato della visione in un certo numero di casi avvi diplopia e in tutti l'Autore potè constatare, l'insufficienza dei retti interni, più la paralisi del retto superiore e piccolo obliquo e difetto nell'accomodazione, che in alcuni era ridotta ad 1|2.

La refrazione nulla offre di anormale e l'acutezza visiva cessato l'accesso è considerevolmente diminuita, nella maggior parte dei casi potendo essere valutata ad 1|3 ed anche 1|2. All'ottalmoscopio non si riscontra alcunche di anormale, però un tale esame produce quasi sempre l'accesso e si vede in allora la papilla agitata da destra a sinistra e dall'alto al basso.

L'affezione si presenta in genere collo stesso tipo, in alcuni casi però le oscillazioni variano per ciaschun occhio ed in allora sopratutto si manifesta la diplopia. In un caso citato dall'Autore, il soggetto soffriva tutti i disturbi proprii del nistagmo, senza che fosse dato di constatare

de visu le oscillazioni caratteristiche. Il decorso della malattia è lento progressivo, a meno che l'ammalato non cessi dal lavoro e può durare dai 5 ai 6 anni ed anche di più.

Il pronostico è piuttosto buono, tuttavia se la lesione non viene curata, oppure se il soggetto continua nelle sue occupazioni alla miniera, può darsi che la vista finisca per alterarsi.

La diagnosi è sempre facile, bastando di produrre l'accesso facendo dirigere lo sguardo in alto.

Per rispetto all'etiologia l'Autore, in vista che gli operaj alla vena, sono pressochè gli unici che presentano i disturbi visivi descritti e che dessi appunto sono destinati ad un lavoro, che li obbliga a tenere la linea dello sguardo al dissopra del piano orizzontale degli occhi, esclude ciò che da molti è ammesso, che la causa produttrice del nistagmo possa dipendere dal diffetto d'aria e dall'oscurità.

L'Autore in seguito passate in rivista le teorie di Boehm, di Decondé, Stellwag, Arlt, Kügel, Javal Gadaud relative alla patogenia del nistagmo è d'opinione che nessuno spiega il nistagmo dei minatori.

Dallo studio delle proprie osservazioni, trovasi indotto ad ammettere l'esistenza dei tre fattori seguenti:

1.° l'impotenza funzionale di alcuni muscoli, che si estende tal fiata fino alla paralisi;

2.° la paralisi dell'accomodazione;

3.° l'anemia (1).

Per la cura consiglia di combattere l'anemia coi ferruginosi e la china. Inoltre di dare tonicità alle fibre muscolari colla stricnina e la elettricità e oltracciò si potranno avere dei vantaggi dall' applicazione delle doccie generali ed oculari.

Congrès periodique international des sciences médicales 5.° session. Geneve 1877. (*Compte-rendu de la section d'ophtalmologie*); del dottor Warlomont. (*Annales d'oculistique*, septembre e octobre 1877).

La sezione d'ottalmologia al Congresso df Ginevra tenne quattro sedute. Innanzi tutto si pronunciò sulle due questioni che il Comitato aveva portato nel suo programma. La prima era così formulata: Indicazioni dell'enucleazione del bulbo oculare, nei suoi rapporti coll'ottalmia simpatica. Il relatore ne era Warlomont.

Il relatore incominciò dal rammentare che nel Congresso d'ottalmologia di Londra (1872) egli si era proposto di far votare delle conclusioni pratiche circa tale questione, ma che i suoi sforzi andarono perduti per mancanza di uno studio sufficiente del soggetto. Desso insta che la discussione pel momento, si limiti a fornire agli specialisti dei precetti appoggiati ad un' alta autorità, onde possano essere invocati in

(1) In conclusione il nistagmo dei minatori si dovrebbe definire; *una miopatia degli elevatori e del retto interno, intimamente legata all'anemia ed alla paralisi dell'accomodazione.*

caso di dissensi fra i curanti, salvo a discutere in seguito, se occorrerà sui differenti punti della dottrina riguardante l'ottalmia simpatica.

Coppez apre la discussione collo stabilire che allorquando una diatesi qualsiasi, produsse la perdita d'un occhio, bisogna essere molto riservati nell'enucleazione di quest'ultimo, inquantocchè la sua ablazione potrebbe essere seguita da un'affezione della stessa natura, pericolosa per l'altro occhio.

Dopo una lunga discussione alla quale presero parte Fienzal, Critchett, Galezowski e Mayer, la sessione adotta gli articoli seguenti:

1.° Gli accidenti simpatici, consecutivi ai traumatismi dell'occhio sono primitivi o secondarj. I primi si presentano pochi giorni dopo l'accidente; gli altri in un tempo più o meno lungo, dopo che il ferito ha passato il momento dei primi accidenti risultanti dall'azione traumatica.

2.° Quando un occhio è stato distrutto per una causa traumatica e che ogni speranza è perduta di un possibile ristabilimento di una vista utile, sarebbe rendere un segnalato servizio al ferito di sbarazzarnelo, seduta stante, mediante l'enucleazione, previa l'anestesia. Si evitano così le conseguenze immediate del traumatismo, ottalmiti, ecc., e si restituisce si può dire da un giorno all'altro l'ammalato alle sue occupazioni e lo si preserva dagli accidenti consecutivi.

3.° Quando un occhio perduto per una causa locale, traumatica od altro, in cui il moncone trovasi in preda ad una sensibilità continua od intermittente o ad uno stato inflammatorio acuto o cronico, o in cui risieda un corpo straniero, oppure il cristallino cretaceo, l'enucleazione è indicata come un mezzo preventivo, anche mancando qualsiasi manifestazione simpatica.

4.° L'enucleazione d'un occhio perduto, anche se completamente esente da dolore è ancora indicata (il che è possibile anche in queste condizioni) se il secondo occhio divien sede di sintomi attribuibili alla simpatia.

La seconda questione riguardava l'etiologia e la profilassi della miopia, relatore Haltenhoff.

Alla discussione presero parte Galezowski, Dor, Haltenhoff e tutti convennero su questo punto, che se l'ottalmoscopio è il mezzo più sicuro per diagnosticare l'esistenza della miopia (Landolt), non bisogna contarvi sopra per misurarne il grado. In seguito la sessione adottò gli articoli seguenti:

1.° Le cause ordinarie della miopia sono: l'eredità e la fatica oculare di cui l'influenza può essere isolata o combinata.

2.° L'ipermetropia si può trasformare in miopia assile, sotto l'influenza della fatica oculare, passando per l'emmetropia e la miopia di curvatura.

3.° I progressi della civilizzazione e sopratutto dell'istruzione tendono ad aumentare l'estensione della miopia.

4.° La predisposizione alla miopia acquisita è sovente, ma non sem-

pre ereditaria. L'influenza della razza su questa predisposizione è quistione ancora aperta.

5.° Nella fatica oculare tre fattori principali concorrono, negli individui predisposti a produrre le lezioni anatomiche della miopia progressiva; questi sono in ordine alla loro importanza l'accomodazione, la convergenza degli atti visuali e la congestione oculo-cefalica.

6.° Le condizioni d'età, di rischiaramento di durata nelle quali s' effettua la fatica oculare, così pure la natura degli oggetti fissati e lo stato dell'apparecchio visivo stesso, influiscono potentemente sullo sviluppo della miopia.

7.° La profilassi della miopia comporta un insieme di misure d'igiene individuale, scolastica e domestica, in gran parte realizzabili col concorso dei medici, del corpo insegnante e delle autorità. Bisogna contare in queste misure l'uso delle lenti convesse per il lavoro, negli ipermetropici.

Comunicazioni diverse. — Landolt legge una nota sui rapporti esistenti fra l'acutezza visiva e la percezione dei colori al centro ed alle parti eccentriche della retina.

La percezione delle forme e la percezione dei colori diminuiscono, sia che si diminuisca il rischiaramento per la fossetta centrale, sia che vi si allontani dal centro verso la periferia. L'Autore si è posta la questione, se i rapporti che esistono fra la percezione delle forme e quella dei colori, restano le stesse, in altri termini se le funzioni delle parti eccentriche della retina, sono eguali a quelle del centro al rischiaramento ristretto. Mediante una serie d'interessanti esperimenti venne alla conclusione, che *le funzioni d'una parte eccentrica della retina, non sono eguali a quelle del centro a rischiaramento ristretto, ma che al centro la percezione delle forme è superiore, nel mentre che nel rimanente della retina e la percezione dei colori che è relativamente più sviluppata.*

Dor comunica un lavoro sulla *cataratta diatesica* nel quale, dopo uno studio approfondito della cataratta *diabetica*, si occupa della cataratta *fosfatica* di cui ne ha osservati otto casi. I casi osservati provano che la cataratta fosfaturica è relativamente frequente, per cui d'ora in avanti, deve prender posto nel quadro nosologico delle cataratte, come cataratta diatesica, parimenti come la diabetica.

Landolt fa la dimostrazione del suo occhio artificiale e del suo oftalmometro. Il primo di questi apparecchi consiste essenzialmente in una cornea di 5 mill. di raggio di curvatura, in forma di sistema rifrangente, è riempita d'acqua. La retina è rappresentata da un vetro opaco graduale, sul quale vengano a dipingersi le immagini degli oggetti esterni, colla stessa chiarezza e ad 1|10 circa colla stessa grandezza che nell'occhio umano. Raccorciando ed allungando l'occhio, gli si possono dare tutti gli stati di refrazione, da un'ipermetrapia di 10 D fino ad una miopia di 10 D passando per l'emmetropia. Inoltre si può produrre l'accomodazione almeno per una data distanza.

Per l'ottalmoscopia si pone sul fondo dell'occhio un oggetto, qualunque suscettibile d'essere osservato all'ottalmoscopio e di cui si possa ricevere e misurare l'immagine capovolta su di un vetro opaco.

L'*ottalmometro* di Landolt è destinato a misurare la grandezza di certe parti dell'occhio e specialmente a determinare la grandezza delle immagini di riflessione, che forniscono le superfici rifrangenti per dedurne il raggio di curvatura.

L'istromento riposa sul seguente principio. Si decompone l'oggetto a misurarsi, osservandolo attraverso ad una combinazione di prismi. Questa combinazione di prismi, dall'Autore chiamata diplometro è mobile su di un'astá graduata. La si avvicina all'oggetto fino a che le doppie immagini si tocchino coi loro bordi opposti. In questa posizione il diametro dell'oggetto è indicato dal grado dell'asta, al quale corrisponde il diplometro.

Per misurare il raggio di curvatura della cornea, si adoperano due lampade pendenti alle estremità di una sbarra di un metro di lunghezza, che gira attorno al suo centro e che è distante egualmente di un metro dall'occhio esaminato. In queste condizioni la grandezza dell'immagine delle due flamme, riflesse da una superficie sferica (la cornea, per es.), è giusto la metà del raggio di curvatura di questa superficie. In tal modo si ottiene colla più grande facilità il raggio di curvatura di qualsiasi meridiano della cornea.

Haltenhoff riferisce l'osservazione di un paziente, che in seguito ad un traumatismo ebbe un'irideremia totale con afachia. In questo soggetto si vedeva il fondo dell'occhio senza l'ottalmoscopio; il rischiaramento focale faceva vedere nettissimamente un'immagine diritta più piccola di quella che si osserva d'ordinario.

Galezowski richiama l'attenzione su certi disturbi visivi consecutivi alla micrania, ch'egli considera come delle nevrosi oculari periodiche e che sono sopratutto caratterizzate dall'emiopia. Ne cita 21 osservazioni, nelle quali egli credette rimarcare una concomitanza colla gotta e l'isteria.

Warlomont affetto lui stesso da questo sintoma da 17 anni, lo vede sopravvenire però tutti i mesi senza causa precisa; tutt'ad un tratto egli cessa di vedere durante la lettura od in piena passeggiata, tutta la metà sinistra della parola d'un libro o d'un'insegna. Questo stato dura da qualche minuto a parecchie ore e va migliorando in generale assai rapidamente, col decubito molto basso e cogli occhi chiusi. Egli ha rimarcato che l'azione d'una luce viva, specialmente sull'occhio sinistro contribuisce a provocare gli accessi, che sembrano altresì favoriti dallo stato saburrale dello stomaco. Non ebbe del resto mai emicrania e non ha mai considerato questo stato, che come uno di quei mille sintomi cerebrali, ai quali l'umanità è esposta e non saprebbe vedervi una nevrosi speciale.

Dufour ha osservato ed osserva ancora questo stato, sul proprio fra-

tello; l'emiopia è accompagnata da lampi e da vertigini quasi continue ma anche durante l'accesso l' ottalmoscopio non rivela alcun disturbo circolatorio dell'occhio. Egli ha rimarcato, che tutti coloro che presentavano questo sintoma, erano dediti ai lavori intellettuali assidui. In quanto alla cura, si limita a dire che suo fratello evita il mal di capo coll'applicazione delle compresse fredde sulla fronte e la regione mastoidea. L'impiego della tintura di coca sembra allontanare le crisi.

Mayer fa rimarcare che il detto sintoma venne diggià descritto da molto tempo, sotto il nome di *Visus dimidiatus*, che si distingue dall'emiopia propriamente detta, perchè in alcuni casi non esiste che in un solo occhio.

Jacquemet legge una comunicazione sulla percezione di una sfumatura, endoculare che in alcuni soggetti affetti da sifilide o d'albuminuria, si osserva alla mattina solamente e di un leggier pallore dei vasi retinici, che scompajono nella giornata.

Georges Martin legge una Memoria sulle cause ordinarie d'insuccesso nell' estraziono della cataratta Morgagnana e dei mezzi di trionfarne. In questo genere di cataratte bisogna preferire la sezione cheratica, riunita nello stesso tempo colla cistotomia per transfissione. Egli adopera per ciò un piccolo coltello lineare, terminato da una punta curva. Per rendere beante l'apertura capsulare, la pressione deve portarsi sul labbro superiore dell' incisione corneale, in modo da deprimere in pari tempo il segmento della cristalloide, che si trova al dissopra della ferita fatta a questa membrana La forte resistenza della cristalloide e la debole aderenza di quest'ultima alla jaloidea, sono circostanze favorevoli a questo modo di estrazione.

Fieuzal parla dell'*iridectomia preventiva nel glaucoma*, vale a dire dell'opportunità d'applicare questa operazione, su di un occhio completamente sano in realtà od in apparenza, quando il suo congenere ha subito un attacco di questa affezione. Riporta nove osservazioni tolte dalla sua Clinica, dove l'iridectomia preventiva venne praticata senza essere seguita dalla più lieve complicazione. Mayer e Dor si dichiarano favorevoli a questa pratica ed in seguito anche Critchett, non così Martin, il quale è convinto che l' iridectomia nel glaucoma, agisce per filtrazione, la quale deve essere in rapporto colla tensione endoculare, per cui in un occhio sano non affetto da tensione endoculare esagerata, l'iridectomia sarebbe per lo meno inutile. La sessione si pronuncia dell'avviso che l'*iridectomia preventiva si giustifica in certe circostanze.*

Coppez legge una nota sulle relazioni che esistono fra certe malattie dell'orecchio e dell'occhio, concludendo che, *sia che l' ottalmia riflessa provenga dal traumatismo dell'occhio congenere, sia che derivi da quello di altri organi animati dal nervo trigemino, denti, orecchie, ecc., le lesioni anatomiche possono essere identiche ed il risultato per l'occhio affetto dall'azione riflessa egualmente disastrosi nell' uno e nell'altro caso.*

Con ciò l'opinione popolare che attribuisce alcune malattie degli occhi alla guarigione intempestiva delle malattie dell'orecchio, sarebbe sovente giustificata.

Alla discussione prendono parte Critchett, Mayer, Warlomont, Pamard e Libbrecht. I tre primi dichiarano di non aver mai veduto malattie simpatiche degli occhi attribuibili alla presenza di corpi stranieri negli orecchi, come pensa Coppez, e Pamard ammette che la soppressione di un'ottorrea potrebbe agire sfavorevolmente sull'occhio, ma come la soppressione di altri emontorj. Libbrecht pensa che l'ottorrea coincide frequentemente colle ottalmie nei soggetti scrofolosi e coll'eczema facciale ed egli è del parere, che si debbano guarire tanto l'una che l'altra di queste affezioni, salvo a ricorrere ai revellenti per impedire i possibili effetti sull'occhio di una soppressione troppo rapida dello scolo.

Critchett a tale intento dà la preferenza ai piccoli setoni di un doppio filo di seta, sia alla tempia, sia alla regione mastoidea.

Libbrecht presenta il modello delle *ciseaux a ecrasement* per l'iridectomia nei casi d'iritide o d'iridocoroiditi affine di evitare l'emorragia, che in queste condizioni suole avvenire per la condizione dell'iride resa più vascolare dal processo inflammatorio.

Wyss ricorda le esperienze conosciute sullo sviluppo dei bacterj nella cornea, esperienze che nelle sue mani non diedero gli stess. risultati. In certi casi egli potè passare il suo filo *putrido* nella cornea, senza vedere svilupparsi bacterj, nel mentre che li vide prodursi dopo l'introduzione d'un filo *pulito* ed anche dopo di aver fatto una semplice ferita alla cornea, con un coltello preventivamente disinfettato. Da ciò ne deduce, che non avvi rapporto fra il grado dell'infiammazione e la vegetazione bacterica.

Javal fa la dimostrazione del suo ottometro.

Magnan fa una comunicazione sulle atrofie papillari.

Esaurito l'ordine del giorno, viene addottata la proposta di ritornare sopra alcuni punti attinenti alle questioni del programma e Javal comunica alla sessione alcune idee *sul meccanismo della miopia progressiva* che lo conducono ad enunciare le seguenti conclusioni:

1.° Col mezzo di lenti diverse bisogna correggere colla massima cura l'anisometropia nella miopia leggiera.

2.° Conviene più lasciar sussistere questa anisometropia, che di correggerla parzialmente.

3.° Tutte le volte che una miopia è sospetta di presentare un carattere progressivo, bisogna interdire assolutamente di lavorare con delle lenti, che portassero il punto prossimo al di là della distanza, ove la lettura è possibile.

4.° Quando la miopia oltrepassa cinque diottrie, bisogna prescrivere degli occhiali per la lettura, ma questi occhiali devono essere tali, che il loro impiego non sia accompagnato da alcun sforzo d'accomodazione se la miopia è progressiva.

5.° Quando la miopia raggiunge circa dieci diottrie sopratutto se coll'acutezza visiva è cattiva, bisogna sopprimere gli occhiali per la lettura e raccomandare di non far uso, che di un sol occhio per volta. Inoltre l'ammalato deve essere prevenuto di prendere cura di muovere il libro in maniera, di evitare le variazioni d'accomodazione.

6.° Nella miopia fortissima, quando l'acutezza visiva è discreta, conviene spesso di prescrivere delle lenti per la lettura monoculare.

Critchett rientrando nella questione delle ferite dell'occhio e delle loro conseguenze, pone i principii seguenti:

1.° Quando si è convinti che un grano di piombo è rimasto nell'occhio, se non lo si può estrarre rispettando sufficientemente le parti, perchè l'organo così doppiamente tormentato, conservi o riacquisti un grado utile di vista, il che non arriverà quasi mai, bisogna enucleare l'occhio, anche se fosse senza dolore in quel momento.

2.° Un pallino di piombo può avere percosso il globo al di dietro della regione cigliare ed essersi perduto chissà dove, forse anche al di là del bulbo, nell'orbita. In questo caso bisogna temporeggiare.

3.° Avviene raramente è vero, che un'ottalmia simpatica avvenga in seguito all'estrazione della cataratta; in questo caso se l'occhio operato non è irrimediabilmente perduto, come visione, non bisogna enuclearlo nell'idea di salvar l'altro. Sovente è il primo che in seguito offrirà le migliori riserve.

4.° In caso di ferita del corpo cigliare per un colpo di coltello, per esempio, che abbia prodotta una cataratta traumatica, sonvi motivi sufficienti per enucleare, sebbene che sia possibile ancora di attendere un certo grado di vista coll'assorbimento del cristallino. Se si trattasse di sè stesso, Critchett non esiterebbe punto a sbarazzarsi dell'organo ferito.

5.° Nel caso in cui un occhio è perduto in seguito all'operazione di cataratta, non è necessario di enuclearlo prima di operar l'altro, a meno che non sia ancora molto sensibile alla pressione, nel qual caso converrà differire l'operazione del secondo occhio.

Sur un nouveau procedé opératoire du trichiasis au moyen du thermocautere. (*Sopra di un nuovo processo operatorio della trichiasi per mezzo del termo-cauterio*); del dott. Galezowski. (*Recueil d'ophthal.* e *Revue des Sciences Méd.*, Janvier 1878).

Il nuovo metodo consiste nell'incidere la pelle della palpebra parallellamente al suo margine libero, da un angolo all'altro e indi disseccare i tegumenti ai due lati della ferita, per poi divaricare le labbra della soluzione di continuità con degli uncini o pinzette, cauterizzando il tessuto fino al tarso col mezzo di un termo-cauterio a punte finissime.

I fenomeni infiammatorii sono moderati col mezzo di compresse d'acqua ghiacciata; la suppurazione incomincia il terzo giorno e dura fino all'ottavo.

In quanto ai tegumenti non toccati dal cauterio, si riuniscono facilmente senza formare cicatrice.

L'Autore riporta un' osservazione all'appoggio del suo metodo.

Mydriatic and other topical effects of the application of gelsemina to the human eye. (*Influenza delle instillazioni del gelsemium sull'apparecchio della visione umana*); del dott. J. Twedy. (*The Lancet* e *Revue des sciences med.*, Janv. 1878).

Instillando nell'occhio una goccia di soluzione a 1|100 d' idroclorato dell'alcaloide del gelsemium, si osservano quattro ordini differenti di fenomeni:

1.° Iniezione rapida ma passaggeria dei vasi scleroticali e particolarmente del cerchio pericorneale.

2.° Dilatazione della pupilla progressiva non arrivante al maximum, che in otto a dieci minuti, ma persistente parecchie ore.

3.° Modificazione dell'accomodazione in modo, di essere abolita per gli oggetti molto vicini, ma che con qualche sforzo resta sufficiente per la visione ordinaria. Le immagini percepite sono molto più nette di quando si adopera il solfato neutro d'atropina.

4.° I muscoli motori dell'occhio sono pure modificati nella loro azione fisiologica. Il retto interno ha perduta la sua facoltà contrattile come si può verificare col mezzo dei prismi. L'Autore è disposto ad ammettere che i rami periferici dell'oculo-motore, sono direttamente impressionati dalla soluzione instillata nell'occhio.

Des indications et contre-indications de l'Atropine et du Calabar. (*Indicazioni e contro-indicazioni dell'Atropina e del Calabar*). Comunicazione fatta alla Soc. Med. di Zurigo, dal dott. Horner. (*Analectes opthal.* de Warlomont. *Annales d'Oculistique*, novembre e dicembre 1877).

Per l'atropina Horner distingue le indicazioni seguenti:

1.° L' indicazione narcotica contro il dolore, sia nelle lesioni delle estremità nervose alla superficie dell'occhio, sia contro lo spasmo riflesso proveniente dalla stessa sorgente.

2.° L' indicazione midriatica.

a) Nell' interesse del diagnostico: fondo dell' occhio, dettagli d' una cataratta, sospetto di sinecchie posteriori;

b) A scopo terapeutico: iritidi, ferite e gonfiamento del cristallino, profilassi della procidenza dell' iride nelle lesioni centrali della cornea.

3.° Per paralizzare l'accomodazione.

a) A scopo diagnostico: determinazione di R;

b) A scopo curativo: contro la miopia progressiva, negli infanti solamente; inutile nella M progressiva degli adulti.

La diminuzione della pressione intra-oculare per mezzo dell'atropina non è stata confermata in modo certo; tanto meno dessa può figurare nelle indicazioni di questo rimedio, che talvolta provoca un rapido aumento di T.

Contro-indicazioni dell'atropina.

1.° Contro-indicazione assoluta: affezioni glaucomatose, o minaccie di glaucoma. In questo gruppo entrano dei casi di gonfiamento del cristallino, in seguito di ferite o discissione, come certe cheratiti panniformi.

2.° Contro-indicazioni relative:

a) Idiosincrasie disponenti sia all'eritema atropinico acuto, sia alla congiuntivite per saturazione atropinica.

b) Panno ed iniezione congiuntivale portate al maximum.

c) Ciclite con diminuzione di T, occlusione ed obliterazione pupillare.

d) Nell'infanzia sorvegliare prudentemente gli effetti del rimedio, che trae talvolta allo stato d'intossicazione cronica con abbattimento generale piuttosto serio.

Per il Calabar adoperato sotto la forma di solfato neutro di eserina a 1\|200 o 1\|300 di dissoluzione l'Autore riconosce le indicazioni seguenti:

1.° Si vuole l'azione miotica per chiudere la pupilla paralizzata o atropinizzata, per facilitare l'iridectomia nel glaucoma, per prevenire o combattere il prolasso dell'iride nelle ulceri e ferite alla periferia della cornea, come sopra un occhio operato di cataratta.

2.° Se si vuole agire sull'accomodazione nelle paralisi del muscolo cigliare p. es., dopo l'angina difterica.

3.° L'eserina diminuisce T sugli occhi affetti da affezioni glaucomatose. Le esperienze di Horner confermano l'opinione di Laquer su questo soggetto. L'Autore cita un caso di glaucoma semplice recidivato dopo l'iridectomia, dove l'uso prolungato del collirio di eserina, ha fatto normale T e rilevato S da 1\|20 a 1\|2 all'occhio sinistro e da 1\|10 ad 1\|7 all'occhio destro. In un glaucoma assoluto eccessivamente doloroso, consecutivo ad una lussazione traumatica del cristallino, i dolori si calmarono ed il sonno ritornò dopo 4 goccie del collirio di eserina.

Gli effetti del Calabar nel glaucoma sono istruttivi, ma la teoria di questa affezione è ancora da farsi.

On a new and effectual method of treating (so colled) incurable cases of simblepharon. (*Nuovo metodo ed efficace per la cura dei casi, così detti, incurabili del simblefaron*); del dottor C. Bell Taylor. (*Med. Times* e *Revue des sciences med.*, Janvier 1877).

Il metodo consiste nel disseccare accuratamente col bistorì e forbici le aderenze, poi nel tagliare un lembo cutaneo orizzontale sulla palpebra superiore od inferiore, secondo i casi, nel rovesciare questo lembo e praticare alla sua base al disotto dello stesso, un'incisione verticale interessante la palpebra e la cartilagine in tutto il suo spessore. Per questa apertura si fa passare il lembo alla faccia interna della palpebra e si applica la sua superficie cruentata contro la superficie interna della palpebra. Si fissano in questa posizione con dei punti di sutura. La pelle sottilissima della palpebra viene così a prendere il posto della congiuntiva. Ella è nutrita dai vasi della base del lembo e non si gangrena.

Taylor ha presentato alla Clinical Society di Londra un operato con successo.

Contributo allo studio dell'uso dell'eserina nelle malattie corneali; del dott. Domenico Ramorino. (Genova 1877).

L'Autore riporta la storia di quattro casi di malattie corneali, da lui trattate coll'eserina e con esito pienamente soddisfacente. Nel primo trattavasi di ottalmoblennorrea per contagio diretto, in cui alla prima visita si notavano di già alterazioni gravissime della cornea di amendue gli occhi e cioè nell'occhio destro opacamento della metà superiore della cornea e rammollimento della stessa; nel sinistro l'opacità grigio-sporca aveva invasa tutta la superficie corneale, con imminente minaccia di perforazione. Persisteva solo la percezione quantitativa di luce dell'occhio destro.

La cura venne istituita colle cauterizzazioni della congiuntiva, a mezzo del nitrato d'argento mitigato, fomenti freddi ed instillazione di un collirio di eserina 5 centigrammi in 10 grammi d'acqua. L'ammalato rimase sotto cura per oltre due mesi, nel qual tempo andarono gradatamente dissipandosi i fenomeni morbosi, non rimanendo più che una leggier nubecola in amendue gli occhi, per la quale si praticò una doppia iridectomia, che servì a restituire al paziente un grado sufficiente di vista, per poter riprendere il suo mestiere di muratore.

Nel secondo caso trattavasi di una ragazzina di 11 anni, gracile, mal nutrita ed anemica, affetta da cheratite all'occhio destro, con infiltrazione suppurativa della metà interna della cornea, complicata da vasto ipopion, la quale curata coll'instillazione del solfato neutro di eserina ogni tre ore, venne prontamente a guarigione non rimanendo che una leggerissima macchia cicatriziale, che non impedisce menomamente la funzione visiva.

Il soggetto della terza osservazione era un uomo robusto di 27 anni, a cui una scheggia di pietra aveva colpito l'occhio destro, suscitando una cheratite suppurativa circoscritta, complicata da onice. In venti giorni di cura colla sola eserina, l'ammalato era perfettamente guarito persistendo solo una macchia translucida.

Il caso quarto infine presentava una cheratite diffusa in tutto il perimetro corneale, con infiltrazioni più sature in alcuni punti, e vasta ulcerazione a fondo sporco nel quadrante inferiore interno della cornea. L'affezione corneale poi era complicata da sopraggiunta congiuntivite catarrale acuta.

La cura venne intrapresa col collirio di eserina e coll'uso interno dell'oppio, del chinino e cloralio, in seguito a che l'ulcera si andò prontamente depurando, così pure si dileguava l'infiltrazione corneale e cessarono i sintomi della congiuntivite. Avendo l'Autore ricorso alle istillazioni di atropina, allo scopo di dilatare la pupilla, vide tosto ricomparire la congiuntivite, per cui dovette sospenderne l'uso e ricorrere di nuovo all'eserina, che condusse l'infermo a perfetta guarigione.

The relations of blepharitis ciliaris to ametropia (*Rapporti della blefarite cigliare coll'ametropia*); del dott. J. Roosa. (*Amer. Journ.* e *Revue des sciences med.*, Octobre 1877).

Che alcune forme di congiuntivite dipendano da disturbi nella refrazione, è cosa di già abbastanza nota, non così il fatto che un' analoga relazione esista, fra la blefarite cigliare e l'ametropia, come risulta dalle ricerche del dott. Roosa, il quale venne alle seguenti conclusioni:

1.° L'ametropia sembra essere una complicazione frequente della blefarite cigliare.

2.° Quando la blefarite è accompagnata da disturbi della refrazione, la guarigione dei margini palpebrali è facilitata, dalla correzione dell'ametropia da cui essa bene spesso dipende.

3.° Soventi l'uso dell'atropina paralizzando l' accomodazione, senza alcuna altra cura, fa scomparire la blefarite che è legata coll'ametropia.

4.° Soventi gli ammalati affetti da blefarite complicata d'ametropia, ignorando di avere un' altra affezione oculare oltre quella delle palpebre negano di soffrire di astenopia o di congiuntivite. Essi si lagnano solo di debolezza di vista, di confusione nelle immagini e ciò solo quando i disturbi di refrazione, sono così accentuati, da potersi avere spiacevoli conseguenze nella non correzione del difetto.

5.° Secondo la statistica dell'Autore, la forma di blefarite di cui si tratta, non è una semplice irritazione delle palpebre come quella che soventi accompagna la congiuntivite catarrale; è una vera ipersecrezione dei follicoli pillosi e delle glandole del tarso, complicata da formazione di croste d'ulcerazione e d' iperemia.

6.° L'ipermetropia è il difetto di refrazione, il più soventi associato alla blefarite cigliare.

L'Autore presenta quindi il quadro generale delle osservazioni da lui fatte, con un totale di N. 31 casi, di cui quasi una metà sono appartenenti ad ipermetropi e gli altri presentano tutte le forme di ametropia, cioè la miopia, l' ipermetropia astigmatica, la miopia astigmatica, l'astigmatismo ipermetropico complicato, l'astigmatismo miopico complicato ed il misto.

Cautérisation ignée de la cornée. (*Cauterizzazione ignea della cornea*); del dottor Gayet de Lyon. (*Soc. de chir.* e *Revue des sciences med.*, Octobre 1877).

L'Autore venne nella determinazione di fare la cauterizzazione ignea, col mezzo di piccolissimi stromenti e di differenti forme, onde evitare l' inconveniente comune ai caustici chimici, di non potersene limitare l'azione, oltrecchè pel fatto che il nitrato d'argento produce il tatuaggio della cornea. Desso applica il caustico nei casi di ulceri atoniche e negli ascessi gravi della cornea e gli è sembrato che questo metodo di cauterizzazione, facilita la detersione ed abbrevia la durata, arresta i fenomeni irritativi dell' ascesso, diminuisce la congiuntivite, fa cessare i dolori periorbitali, ecc., ecc.

Conjunctivitis granulosa, a new mode of treatment. (*Nuova cura della congiuntivite granulosa*); del dott. Mascaro. (*New-York med. Journ.* e *Revue des sciences med.*).

L'Autore allarmato dalle alterazioni della cornea, tanto frequenti in questa malattia, venne nel pensiero di separare il globo oculare dalla palpebra, lo sfregamento della quale esercita un' azione meccanica dannosa per l'organo.

Egli fabbricò dei pezzi di albumina coagulata e poi di smalto, combinando questi due elementi, il pezzo d'albumina essendo rivestito di smalto; questi pezzi sono modulati sull'occhio e con un orificio centrale, che permette il passaggio della luce alloraquando quelli sono incastrati nel cul di sacco della congiuntiva.

On the use of the magnet in the diagnosis of the presence of steel or iron in the eye, and in the extraction of there, with illustrative cases. (*Dell'uso della calamita per diagnosticare la presenza del ferro o dell'acciajo nell'occhio e per estrarre questi corpi stranieri*); del dottor Mac Keown. (*Dublin Journ. of med.* e *Revue des sciences med.*).

Dagli esperimenti fatti sopra gli animali, l'Autore potè concludere che la punta d'un ago calamitato introdotto nel corpo vitreo, attira un frammento di ferro, situato all'estremità opposta del diametro dell'occhio. Allorchè il frammento è incastrato nella retina e coroidea, resiste all'azione della calamita. Per conseguenza il processo non è applicabile, che ai corpi mobili nel vitreo ed in tali circostanze, può rendere dei grandi servizj come lo provano le seguenti osservazioni:

Un ragazzo di 15 anni, fu colpito nell'occhio da un frammento d'acciajo, che gli produsse una ferita corneale ed una lacerazione pupillare dell' iride. La vista non era assolutamente perduta. All'ottalmoscopio si poteva ancora vedere il fondo oculare, ma incompletamente. In certe posizioni il corpo metallico si percepiva allo splendore che projettava; evidentemente risiedeva nel corpo vitreo. Il giorno dopo, si svilupparono violenti dolori ed i mezzi dell'occhio si fecero nebulosi, per cui era certo che un' ottalmia profonda avrebbe prodotta la distruzione dell'organo.

L'Autore dopo di avere cloroformizzato il paziente incise la sclerotica parallelamente all' inserzione corneale; indi introdusse nella ferita una punta calamitata, a cui il corpo straniero s' attaccò immediatamente e dopo due tentativi potè essere estratto senza difficoltà. Le conseguenze dell'operazione furono del tutto benigne ed in qualche giorno l'occhio è guarito. I mezzi dell'occhio si rischiararono rapidamente ed in meno di tre settimane la vista aveva ripresa la sua acutezza quasi normale.

La seconda osservazione venne fatta su di un operajo di 30 anni, che ricevette nell'occhio destro un frammento di metallo, che ferì la cornea, la sclerotica e l' iride, dando luogo ad uno stravaso sanguigno considerevole. Era importante a sapersi se il pezzo di ferro era penetrato o nò nell' interno del bulbo. L'esplorazione del corpo vitreo col mezzo d'una pinzetta da iridectomia non diede alcun risultato. La cala-

mita formò in pari tempo la diagnosi e la cura, giacchè appena introdotta la punta calamitata nel vitreo, s' intese uno scroscio caratteristico ed il corpo straniero venne facilmente estratto. In seguito l'occhio s'atrofizzò per necessaria conseguenza delle considerevoli lesioni riportate, non si ebbe però alcun accidente d'ottalmia simpatica.

Beitrag zur Therapie der Epitheliome auf der Corneo-Scleralgrenze. (*Contribuzione alla terapia degli epiteliomi sul bordo corneo-sclerale*); del dott. SCHNEIDER. (*Gräfe's Archiv. f. Ophthal.*, B. XXIII, abth. 3).

L'Autore decise di pubblicare il caso seguente essendo riescito di esportare una neoplasia maligna alla superficie del bulbo, senza sagrificare l'occhio sebbene fosse di già recidivata.

Una donna di 68 anni, si presentava alla Clinica nel maggio del 1875 accusando dolori fortissimi all'occhio destro, che si estendevano a tutta la metà corrispondente del capo. All'esame si riscontrò che sul bulbo infiammato, esisteva un tumore piriforme, situato alla parte esterna inferiore per la massima parte sulla sclerotica ed una piccola porzione sulla cornea. Il diametro maggiore nel senso della lunghezza misurava 9 millimetri e 7 nella larghezza. La superficie bernoccoluta aveva un colorito bianco-grigiastro. Alla base della neoplasia esistevano numerosissimi vasi sanguigni varicosi, che si estendevano fino alla commissura esterna. Il tumore era duro, resistente ed immobile. La cornea in vicinanza di esso era alquanto intorbidata.

Si stabilì la diagnosi di epitelioma, che venne confermata anche dall'esame microscopico di una piccola porzione esportata a tale scopo.

La cura consistette nell'esportazione del tumore e successiva cauterizzazione della sede di esso. In breve tempo però si manifestava la recidiva, per cui venne ripetuta l'esportazione, col medesimo esito. La neoplasia si faceva sempre più lussureggiante ed i dolori andarono aumentando, al punto che la paziente si decise per l'enucleazione.

L'Autore però risolse di esperire un terzo tentativo e le sue speranze su di un probabile esito felice, si basavano sulle osservazioni di Knapp e Kaiser e sulla possibilità di potere esportare il tumore colle sue radici, arrivando fino sulla porzione perfettamente sana del tessuto corneo-sclerale, escidendo altresì quel pezzo di congiuntiva che conteneva il fascio di vasi e per ultimo di coprire la mancanza di sostanza della cornea e sclerotica mediante un lembo di congiuntiva.

L'Autore così procedette nell'operazione: praticò due tagli nella congiuntiva divergenti verso l'esterno, in modo che il prolungamento degli stessi, avessero ad incrociarsi al centro della cornea. Per tal modo veniva circoscritto uno spazio triangolare contenente la neoplasia, nonchè la massima parte dei vasi varicosi; dopo di ciò distaccò la congiuntiva dal sottoposto tessuto e ad una certa distanza dal tumore, incominciò ad intaccare la sclerotica approfondandosi sempre più, in modo da portarsi a poco a poco al disotto della radice del tumore. Ciò si ottenne perfettamente ed il tumore venne in totalità esciso dalla sclerotica e dalla

cornea, al punto da lasciare una rilevante mancanza di sostanza nelle dette due membrane. Dopo ciò distaccò il più che potè della congiuntiva in tutti i sensi, stirando il lembo risultante al disopra della perdita di sostanza ove venne fissata con 5 punti di sutura. La reazione fu mitissima e dopo otto giorni dell'operazione l'ammalata potè essere dimessa. Dopo 22 mesi lo stato dell' occhio e il seguente: H 1|36, S = 20|40. La cornea e la sclerotica presentavano un leggier infossamento nel punto ove esisteva il tumore. Nessuna traccia di recidiva.

Ueber Atropin und Physostigmin und ihre Wirkung auf den intraocularen Druck. (*Dell'atropina e della fisostigmina e loro azione sulla pressione endoculare*); del dott. Laqueur. (*Gräfe's Archiv.*, B. XXIII, abth. 3).

Già da lungo tempo e dalla massima parte degli autori è ammesso, che l'atropina diminuisce la pressione endoculare, il che però si troverebbe in opposizione con quanto avviene nel glaucoma, dove l'atropina esercita un' azione diametralmente opposta, il che è constatato da una quantità di osservazioni di Autori, i quali dall' instillazione del midriatico, videro peggiorare i sintomi del glaucoma ed in alcuni occhi dapprima apparentemente sani, svilupparsi l' accesso glaucomatoso subito dopo l'uso dell'atropina. A spiegare l'aumento della tensione nei casi più sopra accennati l'Autore, pone in evidenza come nell'atto della dilatazione della pupilla, l' iride si svuota in gran parte del sangue e da ciò ne deve nascere un' iperemia nei vasi coroideali, la quale può benissimo prontamente equilibrarsi, ma sulla di cui presenza non è a dubitarsi e se tosto non avviene un aumento di deflusso per mezzo delle vene coroideali, ne deve nascere un' iperemia nella coroidea o nel corpo cigliare. Una tale iperemia nell'occhio normale è affatto transitoria essendo esso fornito di apparati regolari, i quali mantengono la massa sanguigna nel tratto coroideale in un certo equilibrio, non così nell'occhio glaucomatoso o in quello predisposto a tale affezione. È opinione sempre più accreditata, che in questi casi si tratti appunto di un ostacolo al deflusso degli umori oculari (sangue e linfa) causato da patologiche adesioni alla periferia della camera anteriore o piuttosto da compressione delle grosse vene coroideali, nel loro passaggio attraverso alla sclerotica. Per tal modo non è più possibile un compensante deflusso degli umori e quindi si spiega l' aumentata trassudazione nell'umor vitreo.

L' iperemia delle vene coroideali però, non è la sola fra le cause del glaucoma, giacchè si verifica l'aumentata tensione, laddove è impossibile la midriasi per una sinecchia circolare, in tali casi, secondo l' Autore, si verificherà un' azione paralizzante dell'atropina sulle pareti vascolari.

L'Autore poi dice assai problematica la diminuzione della tensione oculare nell'occhio normale prodotta dall'atropina, nel mentre è indubbio l'aumento della tensione stessa nell' occhio glaucomatico assoggettato all'atropina, per cui a suo avviso *l'atropina è un mezzo atto ad aumentare la tensione endoculare, ma quest'azione però non si manifesta*

fintantochè funzionano regolarmente gli apparati che regolano la circolazione.

Per riguardo al principio attivo del Calabar, generalmente gli venne attribuito l'azione di aumentare la tensione oculare e ciò all'appoggio della tetanica contrazione muscolare che suole tener dietro all'instillazione dell'estratto di Calabar. L'Autore volle esperimentare la fisostigmina nei glaucoma e riporta due casi, in uno dei quali trattavasi di glaucoma inflammatorio primitivo e nell'altro di glaucoma secondario in seguito a lussazione della lente, in cui apparve chiaramente l'azione di diminuire la tensione endoculare, in ispecie nel secondo caso in cui si mantiene anche tutt'ora dopo 15 mesi.

Nel glaucoma semplice la diminuzione della tensione, in 10 casi, fu riscontrata costante, ma non sempre fu eguale in tutti, in alcuni essendo stata assai fugace, in altri più duratura. Molto efficace si dimostrò in tre casi di glaucoma recidivo in seguito ad iridectomia, dove agì prontamente e con sicurezza, in modo che dopo pochi giorni scomparvero tutti i disturbi, senza più ritornare essendo di già trascorsi alcuni mesi.

L'Autore in seguito riporta 4 osservazioni assai interessanti di glaucoma acuto, in cui dopo due giorni dell'applicazione del rimedio, si calmava l'intensità degli accessi, per quindi passare a guarigione prontamente mediante la persistente applicazione del rimedio.

In quanto alla durata dell'azione, la ritiene questione di importanza secondaria, inquantochè *la fisostigmina nel glaucoma acuto non deve menomamente sostituire l'iridectomia*; anzi è destinata a ridurla in più favorevoli condizioni facilitandone l'esecuzione.

Il preparato di cui si servì l'Autore esclusivamente, fu il solfato neutro di eserina (Farmacia Vee, Faub. S. Denis 42, Paris) in una soluzione di un centigrammo su 2,5 grammi d'acqua.

A spiegare la diminuzione della tensione oculare inerente all'eserina, l'Autore oltre al distacco della periferia dell'iride delle patologiche aderenze causato dall'azione miotica, riterrebbe che la fisostigmina avesse a produrre una contrazione dei vasi coroideali, in seguito alla quale ne avverrebbe una diminuita filtrazione nello spazio vitreo. La contrazione vascolare sarebbe prodotta dall'azione irritante che possiede l'eserina sulle fibre muscolari e quindi di necessità il restringimento dei vasi, il qual ultimo fatto, trova la sua conferma nella osservazione diretta sui vasi congiuntivali, laddove si nota appunto un restringimento nel calibro degli stessi, in seguito all'azione del rimedio, come ebbe a far osservare anche il Weeker, che cioè la congiuntiva degli operati di cataratta sottoposti alla instillazione della fisostigmina, secerne molto meno sotto la fasciatura compressiva.

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

Bordier, Chirone, Petrucci e Cantani — *Acido salicilico e salicilati.*
Deval — *Balsamo di Gurjun.*
Gubler — *Caffeina* (*Citrato e bromidrato di*).
Coghill e Robert — *Calcio* (*Cloruro di*).
Bouchardat — *Ferro dializzato.*
Gemmel — *Iodio trapassato per il latte di nutrice.*
Gubler — *Morfina e digitale nelle malattie del cuore.*
Gubler — *Kava* (*Piper methysticum*) : *antiblennoragico.*

Dell'acido salicilico e dei salicilati; del dott. Bordier. (*Journal de Thérapeutique*, 1878, p. 59).

Oggi abbiamo una serie di preparazioni farmaceutiche dell'acido salicilico; di *médicaments salicylés*: il salicilato di soda, di litina, di chinina, il vino tonico, l'ovatta e la glicerina con acido salicilico. Il salicilato di soda è vantato come il solo *rimedio radicale* contro il reumatismo e la gotta; cinque o sei pastiglie *salicylées* dovrebbero liberarci in un momento da un *Rhume naissant*, e dovrebbero essere efficaci nel croup, nella bronchite, difteria, ecc.!! In mezzo a tanta profusione di lodi, di decantate virtù, di celebrata innocuità è bene sentire l'altra campana, *audi alteram partem*, per esser in grado di temperare il soverchio fervore, e tenere quel giusto criterio che è proprio del medico accorto e prudente.

In Francia tra i più caldi patroni dell'acido salicilico è il Sée; il prof. Gubler e parecchi della sua scuola gettano un po' d'acqua fredda su tanto bollore. Il dott. Bordier passando in rassegna i medicamenti più vantati nella cura della gotta, s'incontra naturalmente nell'acido salicilico e nei suoi sali, dei quali esamina il valore terapeutico, oltre che nella gotta, in molti altri stati morbosi. La rivista è abbastanza ben fatta, ed i lettori degli *Annali* avranno piacere di qui averla compendiata per quella parte che riguarda il nuovo medicamento, non dimenticando per altro che cotesta è una specie di *requisitoria*, nella quale di conseguenza saranno da sbiadire le tinte troppo fosche, come le troppo rosee nel panegirico.

L'acido salicilico, incomincia il dott. Bordier, non è entrato, ed è saputo, nella terapeutica, come antipiretico, bensì come antizimotico. Fu paragonato per ciò all'acido fenico; a cui per altro parecchi lo trovarono da meno nell'uccidere i minimi esseri, microfiti o microzoi. Ma anche nel presentarlo come medicamento antisettico interno si notava

taluna qualità, che ai medici doveano imporre certo riserbo. Feser e Friedberg (1) avvertirono che mentre la formazione del fermento fisiologico della saliva e del succo gastrico non è punto impedita da piccole quantità d'acido salicilico, da maggiori viene ritardata ed anche sospesa. Cotesto fatto assai importante, ma non abbastanza considerato, serve a spiegare la dispepsia che spesso succede fin del principio della cura. Sin dal 1855 poi il Bertagnini avea notato come cotesto acido produca fortissimo rumore d'orecchi e si elimini per la via dell'orina. Nel 1874, circa nel medesimo tempo, Fürbringer in Germania e Maclagan in Inghilterra sperimentarono sull'uomo e sugli animali, quale azione questo medicamento poteva avere su la febbre, specialmente nel reumatismo articolare acuto. Crebbe co' fautori l'entusiasmo. Il Buss lo dichiara potente antipiretico; Reiss, Nathan, Senator, Foltdammer, Weber, Wald, ecc. d'accordo confermarono: Zimmerman, invece, Wollberg, Fischer, Zürn, Martetti (?), per non dire che dei principali, non ottennero verun effetto, nè su la temperatura, nè sul polso; anzi Zürn ebbe aumentato il calore! La Francia entrò più tardi nel campo delle prove dell'acido salicilico; ma la massima parte de' medici francesi (Gubler, Moutard, Martin, C. Paul, Feréol, ecc.) nulla conseguirono rispetto all'abbassamento della termogenesi: G. Sée fu più fortunato, Oulmont avvertì certi effetti che facevano credere a simile azione. Guéneau de Mussy attese più particolarmente a seguirne gli effetti antisettici. Se non che i medici francesi adopravano dosi troppo tenui, quando ben altre ne occorrono. Difatti il Buss avea veduto la remissione febbrile, ma in mezzo ad abbondanti sudori e nel maggior collapso; Zimmermann avea avuto altrettanto, ma insieme la diarrea; e così altri con sudori abbondanti. Pertanto è lecito credere che per avere la tanto cercata calma vascolare, bisogna giungere fino all'azione tossica coi fenomeni d'irritazione locale diretta (vomiti, diarrea riflessa, vertigini, rumori d'orecchi), e fino anche al collasso! Casi di morte sono pure stati osservati (2). Il prof. Gubler ha veduto con il dott. Blondeau un' emiplegia prodotta da un salicilato, che scomparve abbandonato il medicamento, preso dal malato di sua testa. Insomma rimane fermo che l'acido salicilico è tutt'altro che rimedio innocuo; disturbi locali della digestione, disordini cerebrali, che possono salire fino al delirio, fanno

(1) « Berlin. Klin. Wochenschr. », 1875, 7 giugno.

(2) Lo stesso *Journal de Thérapeutique* ne cita uno nel precedente fascicolo (1.° del 1878 p. 39) tratto dal *Bulletin de Thérapeutique* (15 juillet 1877) e riferito dal dott. Empis: era un uomo di 47 anni con reumatismo articolare acuto, a cui l'acido salicilico in 7.ª giornata alla dose di 3 grammi e 1|2 avea già calmato i dolori. Il dì appresso le articolazioni non dolevano più: sordità continua, rumori d'orecchi, senza febbre, traspirazione copiosa, grande debolezza, lieve soffio sistolico. Sono prescritti 5 grammi d'acido salicilico: il giorno dopo il malato si sente bene e si sospende il medicamento. Notte agitata; sul far del giorno, fierissimo dolore di stomaco nel prendere un po'di brodo; morte improvvisa.

parte della sua azione fisiologica. Enrico Benjamin ha mostrato nello stomaco d'un cavallo gli effetti caustici di cotesta sostanza sulle mucose. Robin ha presentato un caso consimile. Invece del vomito, molti medici hanno notato la nausea; tutti dei rumori d'orecchio molto più intensi e durevoli di quelli prodotti dal solfato di chinina.

Il dott. Mussy (1) conchiude dai suoi esperimenti che quando nei febbricitanti il medicamento è amministrato ad alte dosi, per qualche tempo, può eccitare delirio (ne ha osservato 5 casi) ed anche il collapso. Allora, ma *soltanto allora*, v'ha veramente diminuzione della temperatura, e quest'è la conseguenza d'una vera intossicazione. Tale abbassamento può giungere a 36° (Weber). Nello stato normale non ha osservato verun cambiamento sul calore, ciò che non succede, egli dice, nei veri antipiretici, quali la chinina, la digitale e la veratrina (2). Ma senza toccare il collapso, senza divenir tossica, l'azione del medicamento sembra possa sollecitamente addurre, per un procedimento che si può spiegare in diversi modi, non l'anestesia, ma un certo grado d'analgesia. Il dottor Mussy, poco parziale all'acido salicilico, assicura che mitiga quasi immediatamente i dolori del reumatismo articolare acuto; ed in vero su questo punto tutti sono presso a poco d'accordo (G. Sée, Féréol, Dujardin-Beaumetz, ecc.).

Ne segue che bandito da alcuni medici l'acido salicilico come antipiretico dalle cure del reumatismo, è poi riammesso come analgesico, o più semplicemente come calmante il dolore, ciò che sarebbe ottima prerogativa, se fossimo sicuri che in pari tempo non seguissero altri effetti meno propizj. Ma per tale rispetto ancora Dujardin-Beaumetz, Féréol, C. Paul, mentre sono unanimi nel confermare la diminuzione del dolore, vanno parimente d'accordo nel dire che il dolore risorge subito che cessa di darsi il medicamento, ciò che talvolta si deve fare assai presto, e che in ogni modo la malattia non è abbreviata.

L'effetto sedativo, da tutti ammesso nei malati di reumatismo, eccitò a combattere il dolore con il nuovo medicamento anche in altri morbi:

(1) « L'acide salicylique et le salicylate de soude. » (« Thèse de Paris », 1877, N. 112).

(2) Notiamo che Wachsmuth avea avvertito come la chinina ne' soggetti senza febbre non abbassi punto la temperatura. (« Arch. d. Heilk. », 18 3, IV, 73), ed il Liebermeister in un tale, che sano simulava d'avere la febbre intermittente, non vide che grammi 2,40 di chinina in 7 ore producessero raffreddamento. (« Deutsches Archiv. f. Klin. Med. », 1867, III, 569 e seg.) Ne'cani e nei conigli diminuisce il calore purchè la dose della chinina non *sia troppo piccola:* e però mentre il Köhler pone in modo assoluto che per cotesto alcaloide scema il calore sì negli uomini sani, come negli animali in *qualsiasi circostanza* (« Handb. der physiol. Therapeut. » Göttingen 1876, p. 813), l'Husemann più riservato ammette che il fatto avvenga, ma in grado maggiore se negli uni v' abbia la febbre, e negli altri la chinina sia data ad alta dose. (« Handb. der gesammt. Arzneimittellehre. » Berlin 1875, II, 875).

ciò appunto si fece in Germania. Il dott. C. Kunze afferma che il salicilato di soda è mezzo eccellente per togliere rapidamente il dolore nella gotta; in due malati bastò una sola dose di 1 grammo e 77 cent. per farlo cessare dopo 3 ore, ma la gonfiezza ai piedi durò 10 giorni. In un caso di chiragra, grammi 2,70 di salicilato di soda, dati tutti i giorni per una settimana, resero liberi i movimenti della parte. L'Hoffmann l'ha del pari adoprato con profitto nella gotta ed anche nel *tic doloroso*, nella *nevralgia intercostale*; ne fa prendere 45 centigrammi ogni giorno in una capsula gelatinosa.

A Stockholm il salicilato di soda riesciva meno bene nelle mani del dott. Abelin.

In Francia l'acido salicilico, nella cura della gotta, trovò valido propugnatore nel prof. Sée. Ei lo stima mezzo sicuro di cura del reumatismo e della gotta; il dì appresso vide scomparire i dolori; ma, ciò che confermano le osservazioni precedenti del Dujardin-Beaumetz, ammette lo si debba per molto tempo continuare. L'Hardy rimase ei pure maravigliato del buon frutto del medicamento in 4 casi di reumatismo; ma, più scettico, ha domandato se mai egli ed il suo collega avessero trovato una *vena*, una *serie felice*. Il Sée ha pure cercato di dare la ragione del modo con cui l'acido salicilico riesce benefico nella gotta, e cioè come calmante, come rivellente i dolori infiammatorj cronici, come eliminatore dell'acido urico e di diverse materie estrattive; e conchiuse che esso non ha veruna analogia con alcuno dei medicamenti noti. Ma per dire come il nuovo farmaco operi occorrono altri studj, e specialmente importa d'indagare l'azione dell'acido salicilico su ciascuna delle grandi funzioni.

Il dott. Robin ha presentato alla Società di Biologia una serie di quadri levati nelle infermerie del prof. Gubler, di cui era assistente, dai quali risulta che nella febbre tifoide, allorchè diasi l'acido salicilico, la quantità d'orina emessa nelle 24 ore è diminuita. Inoltre ha insistito sul fatto che nell'orina dei tifici curati con quell'acido, la produzione ed eliminazione dell'*indigosi orinaria* (Gubler) è aumentata. Cotest'*indaco*, o materia azzurra della orina, che è (*carbonio quasi puro*) (1), trovasi di regola nella febbre tifoide, nella peritonite, nella diarrea profusa, in tutti gli stati a cui si congiunge una depressione del trisplancnico. Il Gubler da molto tempo ha fatto conoscere questo segno ed il valore ch'esso ha come indizio della scemata azione del trisplan-

(1) Così l'Autore; ma non esattamente. L'*indican* è una delle materie coloranti normali dell'orina, in cui trovasi in piccolissima quantità: è composta di $C^{26} H^{31} O^{17}$; in soluzione nell'acqua e riscaldato si scompone dando, secondo Schunk, *indicanina* ($C^{20} H^{23} AzO^{12}$) e *indiglucina* ($C^{16} H^{10} O^{6}$), che è uno zucchero speciale; è parimente con gli acidi allungati dà indiglucina e azzurro d'indaco ($C^{8} H^{5} AzO$); il quale è l'*uroglaucina* o *cianurrea* dal Braconnot indicata fin dal 1826.

enico, d'ipostenia dell'organismo, di diminuita combustione dei materiali nel sangue, d'astenia profonda come una volta sarebbesi detto. L'aumento di cotesto fenomeno normale per effetto dell'acido salicilico è meritevole d'essere notato. Ma il Gubler, estendendo la questione e fondandosi su quanto avea osservato non solo nella febbre tifoide, ma in molteplici affezioni, ha mostrato come il medicamento di cui si discorre produceva quando la diuresi, quando tutto l'opposto. La quale apparente contraddizione si spiega riflettendo che l'acido salicilico s'elimina difatti per la via dei reni, ma al pari dei sali neutri non aumenta la secrezione dell'orina che quando il rene è sano; la diminuisce invece ogni volta che quello sia irritato, poichè allora sopraggiunge vera infiammazione: molte volte il Gubler ha veduto proprio l'albuminuria tossica. Or bene importa ricordare quanto sia frequente nei gottosi l'iperemia renale: in coloro che presentassero tale complicazione, e sarebbero specialmente i gottosi cronici, la secrezione dell'orina rimarrebbe dunque diminuita, e con grave danno. D'altra parte è all'urea od all'acido urico che si riferisce l'aumento assoluto, se esiste, dei principj solidi dell'orina? I sali calcari hanno pure la loro parte in quest'eliminazione, e le osservazioni di Koster su l'acido fenico, di Lilley su l'acido salicilico stesso farebbero pur domandare se per avventura anche le ossa non subiscano alterazioni di nutrizione per effetto di tale sostanza. Altre esperienze sono dunque necessarie, e conviene per ora non iscostarsi dalla prudente riservatezza, a cui accennava il Bouchardat nell'Accademia di medicina.

Difatti che mai risulta da quanto precede? Che l'acido salicilico è medicamento che poco conosce le *mezze azioni;* ei rimane inerte, ovvero dà segno di sè con atti violenti; vomiti diarree, fenomeni dispeptici e gastralgici, rumori d'orecchi, vertigini, delirio; un passo ancora e produrrà collapso, rallentando il respiro e promovendo sudori profusi. Senza giungere a tal grado, aumenta l'*indigosi orinaria;* in una parola opera sì, ma non con misura, anzi *brutalement*; e non già a guisa d'un antipiretico, bensì di profondo perturbatore del sistema nervoso vegetativo, mentre nel tempo stesso eccita per azione riflessa il sistema encefalico; per ciò pure scema anche la temperatura. Ma la sua azione presto passa dal campo della terapeutica in quello della tossicologia.

Analgesico lo è senza dubbio; ma s'è veduto come e perchè; perchè deprime l'organismo, incominciando dalla sensibilità, che è fonte dell'attività organica. Entra pure fra i medicamenti valevoli a combattere l'eretismo infiammatorio e febbrile, ma anzi che gradatamente, quasi di forza e con violenza. La secrezione dell'orina poi spesso ne viene diminuita.

Quando si consideri la fisio-patologia della gotta, e la lunga serie di mezzi di cui siamo provveduti non contro la malattia in sè, ma contro gli svariati suoi sintomi, si rimane dubbi, malgrado tante asserzioni, circa l'efficacia del nuovo medicamento, o per lo meno si rimane nel

savio temporeggiare del professore d'Igiene e di Materia medica della Facoltà di Parigi.

Quanto è stato detto dell'acido salicilico può estendersi, con il debito *diminutivo*, alla salicina, di cui parlavasi 40 anni fa, e che del resto dà acido salicilico ossidandosi dentro l'organismo (1). E quando si volesse risalire più indietro ancora troverebbesi che i Booers del Capo di Buona Speranza e gli Ottentoti servonsi del decotto di salice nel reumatismo.

Maury prepara un salicilato di chinina, che contiene 10, 12 per 100 di chinina laddove che il solfato di chinina ne contiene 87. Ma dov'è, conchiude l'Autore, il vantaggio rispetto a questo medicamento, che sempre cercasi di sostituire con qualche altro, mentre esso si mostra sempre ed ovunque *fedele e prezioso?*

I dottori V. Chirone e S. Petrucci, professori pareggiati in Materia medica e Terapeutica nella R. Università di Napoli, hanno testè pubblicato *Ricerche sperimentali sull'azione biologica dell'acido salicilico e del salicilato di soda*, de'quali confermano identica essere l'*azione biologica*; se non che col primo si hanno maggiori gli effetti locali, con il secondo i generali, tra quali v'ha il rapido notabile dimagrimento. Nelle rane (sulle quali gli autori sperimentarono nel mese di gennajo) il salicilato di soda diminuisce il numero delle sistole cardiache; ne'mammiferi talvolta fa lo stesso, tal'altra invece il contrario, indipendentemente dalla maggior o minor dose: l'acido salicilico libero è più costante, poichè quasi sempre rende meno frequente le contrazioni del cuore; altrettanto fa rispetto alle respirazioni, mentre che il salicilato di soda prima di diminuirle le accresce. Circa poi l'azione sulla temperatura, che è l'argomento più importante e su cui meno vanno d'accordo i clinici e gli esperimentatori, giunsero essi alle seguenti conchiusioni, le quali piuttosto che togliere i dubbj fanno sentire il bisogno di nuove osservazioni ed esperimenti. « L'acido salicilico, tanto libero che salificato, in piccola dose abbassa la temperatura entro limiti però ristretti; a dose alquanto elevata non solo non abbassa la temperatura, ma la eleva talora notevolmente. Più notevole è l'abbassamento della temperatura quando si trova elevata per l'azione dell'istesso farmaco, ed è importante per le dosi tossiche di saliciiato di soda (2). »

Il prof. Cantani, che ha scritto speciale Appendice al suo *Manuale di materia medica* per i *preparati salicilici* a motivo della loro importanza nella terapia delle malattie febbrili, tiene per cosa fuori di dubbio che l'acido salicilico abbassa la *temperatura organica* anche nei soggetti sani; che se taluno, dopo aver dato l'acido salicilico puro, vide per l'opposto accrescersi il calore (lo Zürn ad esempio dopo piccole

(1) Il Byasson avrebbe pur dimostrato che l'acido salicilico nel traversare l'organismo si riduce e forma della salicilina. (« Journal de Thérap. », 1877, p. 721, 1878, p. 30).

(2) « Commentario clinico di Pisa », 1878, p. 47.

dosi in un cane sano, il Lürmann, il Fiedler ed il Leonhardi Aster in uomini febbricitanti), ei crede possibile *che in questi casi l'azione locale irritante dell'acido salicilico puro abbia per suo conto destata una reazione febbrile troppo considerevole, da compensare o superare perfino l'azione abbassante la temperatura dell'acido salicilico assorbito nel sangue* (1). Ciò che essendo, l'acido salicilico dovrebbe essere affatto bandito dall'uso interno; e si dovrebbe andar cauti nell'amministrare anche il salicilato. Avvertiamo in fine che l'acido salicilico per esser assorbito deve mutarsi in salicilato alcalino; e che pertanto, non trovando nel tubo digerente bastevole copia di alcali, non passerà che in piccola parte allo stato di sale, e quindi rimarrà capace di soli effetti locali.

Sul balsamo di Gurjun; del dottor Deval Leone. (*Thèse de Paris*, 1877, n. 240. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, 187).

Il dott. Deval ha studiato nell'infermeria del Vidal l'azione del *balsamo di Gurjun*, dato da alberi della famiglia delle dipterocarpee, e detto anche *gurgum balsam*, *gurgum-oil*, *wood-oil* (olio di legno). Si ottiene incidendo gli alberi predetti, ed è un liquido denso, viscido; torbido e di colore fosco, tenendo sospesa una resina verdognola, che ne può essere separata mediante la filtrazione o lasciandola posare. Diviene allora trasparente e di colore rosso-bruno; guardandolo per rifrazione alla luce riflessa sembra opaco e di colore grigio-verdiccio. Ha sapore amaro, aromatico; non ha l'acredine del balsamo copaibe, bensì ne ricorda, sebbene attenuato, l'odore. È più fluido dell'olio d'oliva, e più pesante del balsamo copaibe: il suo peso specifico a + 15° è 0,964.

Adoprato per la prima volta da Guglielmo O'Shanghnessy nel 1838 nella blennorragia, è pure stato prescritto per lo stesso effetto dal Vidal nell'ospitale di S. Luigi e dal Mauriac nell'altro detto del *Midi* facendone le seguenti pozioni:

Wood-oil Gomma . . . . . *ana* 4 gr. Infuso di badiana (anice stellato . . . . 40 » Da prendersi in due volte innanzi pasto (Vidal).	Wood-oil . . . . 16 gr. Gomma . . . . 10 » Sciroppo di gomma . . . 30 » Acqua di menta . . . . 50 » Da prendersi in tre volte nella giornata (Mauriac).

Il dott. Deval teme che nella ricetta del Mauriac la dose del balsamo sia troppo alta e non produca disturbi di ventre; ei quindi preferisce l'altra del Vidal, e così conchiude la sua tesi: 1.° Il balsamo di Gurjun ha fuori di dubbio giovato nella cura della lebbra e di altre affezioni cutanee; ma fa d'uopo attendere nuove esperienze ed avere nuove prove per farne la base di cura valevole ed esclusiva. 2.° I buoni effetti prodotti nella cura della blennorragia gli danno bel posto a lato del copaibe e degli altri balsamici. 3.° La sua azione esterna ed interna

(1) « Manuale di materia medica. » Milano 1869, II, 1297.

nella cura della vaginite è maggiore e più rapida di quella del copaibe. 4.° È prodotto abbondante e però di prezzo inferiore al copaibe, ciò pure concorrerà a fermargli stanza nella terapeutica.

= Il Planchon fa notare che talvolta sui mercati di Londra il *balsamo di Gurjun* dato da varie specie di *dipterocarpus (Dipterocarpus turbinatus, D. incanus, D. alatus, D. laevis, D. trinervis)* si vende per copaibe. Esso per altro ha questo di particolare che scaldato a 130° forma una specie di gelatina. Mescolato al balsamo copaibe assai difficilmente lo si conosce; nondimeno il Flückiger suggerisce per iscoprire simile falsificazione quest'espediente. Sciolgasi nella benzina il balsamo che si vuol saggiare e si tratti il liquido filtrato con alcool amilico od etilico; se il balsamo è puro, resta limpido; se è impuro, si forma uno speciale intorbidamento (Guibourt, « Histoire naturelle des drogues simples. » Paris 1869, III, 467. — Planchon, « Traité pratique de la détermination des drogues simples. » Paris 1875, II, 255). Contiene da 63-65 per 100 d'olio etereo $C^{20} H^{32}$ consimile a quello del copaibe, e 34 di resina nella quale il Werner trovava un acido (acido Gurjunico $C^{44} H^{68} O^{8}$), che viene considerato come un idrato dell'acido abietinico ($C^{44} H^{65} O^{5} + 3H^{2} O$), con pari azione chimica.

= Negli ospedali delle Indie inglesi è adoprato in luogo del copaibe, ed è inscritto nella Farmacopea Indiana del 1868. Secondo Roxburgh da un solo albero può aversi da 30 o 40 galloni d'olio; basta per ciò riaccendere il fuoco nella cavità fatta prima nel tronco, e dalla quale cola l'umore oleoresinoso che si raccoglie in vasi di bambù. Si noti che l'albero può giungere all'altezza di 60 metri, con la circonferenza di 4 metri e mezzo (Flückiger et Hanbury, « Histoire des drogues d'origine végétale. » Paris 1878, I, 170). Finalmente se *balsami* s'hanno a dire sostanze resinose che contengono acido benzoico od acido cinnamico insieme con un olio essenziale d'odore soave, s'intende che il *wood-oil* od *olio di legno* non può essere compreso fra tali sostanze, bensì al pari del copaibe va nel novero delle trementine. =

Virtù diuretica del citrato e bromidrato di caffeina; del dott. A. Gubler. (*Journal de Thérapeutique,* 1878, p. 30).

La caffeina, o meglio i sali di essa, bromidrato e citrato, porgono un ottimo diuretico, tanto efficace quanto innocuo, se non in tutti in molti casi d'idropisia. In prova di ciò il Gubler cita i seguenti casi:

I. Una signora di 74 anni, afflitta da grave affezione di cuore (insufficienza della mitrale e tricuspidale), con edema grandissimo delle gambe, dei polmoni, venne un dì assalita, soppresse le orine, dai sintomi più gravi. Coma profondo, cianosi, respiro stertoroso, polso piccolo e lento; pareva prossima la morte. I rivellenti alla nuca e sul petto, un'injezione sotto-cutanea di 5 milligrammi di morfina rianimarono un po' la malata, e le si poterono fare inghiottire 75 centigrammi di citrato di caffeina, in 3 volte, con l'intervallo di 2 ore. La diuresi si ravviò, l'inferma uscì dal coma e nei giorni successivi emise fino a 2 litri e mezzo d'orina;

per modo che dopo aver preso per 10 giorni del citrato di caffeina alla dose quando di 50, quando di 75 centigrammi, non aveva più edema nè all'estremità inferiori, nè ai polmoni, lo stato generale essendo soddisfacente. Per 5 mesi mediante il citrato di caffeina potè essa mantenersi in una condizione di salute relativamente buonissima, senza che l'edema sia riapparso in grado notabile.

II. Un malato dell'ospitale Beaujon con cirrosi ed alterazioni gravi del cuore, avea per di più anasarca diffuso; presi 50 centigrammi di bromidrato di caffeina evacuò fino a 4 litri e 200 grammi d'orina. La diuresi cessava quando s'intermetteva il medicamento, e riappariva ridandolo.

Il dott. Féréol riconfermava in un malato con lesioni cardio-renali, consecutive ad abuso d'alcool, e complicate da albuminuria od anuria la potente azione diuretica della caffeina; l'effetto, s'intende, fu palliativo, ma manifestissimo.

Ora sarebbe da trovare tale combinazione salina abbastanza solubile per poter esser amministrata per via ipodermica; ciò estenderebbe grandemente le applicazioni della caffeina.

= L'azione diuretica della caffeina, soggiungiamo, fu già avvertita da Koschlakoff (*Virchow's Archiv.*, 1864, XXI, 436), e da Pratt (*Boston med. Journ.*, 1868, sept. 10). Il dott. Jeanjean avea pure raccomandata la macerazione dei semi crudi del caffè nell'anasarca (*Arch. génér. de médec.* 1831, XXVII, 487), e prima ancora Murray notava che il caffè *urinam movendo sabulam et calculos minores pellit* (« Apparatus medicaminum. Venet. » 1796, I, 211). Il Köhler mette in dubbio che il *citrato di caffeina* degli autori francesi sia proprio una combinazione chimica formata di 1 eq. di caffeina, 3 d'acido citrico e 2 d'acqua. Lo stesso Köhler fa notare che la caffeina non è da tenersi veramente efficace che nell'*emicrania idiopatica* e semplice, cioè scevra da complicazioni, fra le quali pone le *malattie organiche di cuore e del cervello:* a suo avviso può portarsene la dose dai 25 ai 60 centigrammi, avvertendo che nelle isteriche nuoce più che giovare (*Handbuch der physiol. Therapeutik.* Göttingen, 1876, p. 794). Difatti in un caso recente narrato dal dott. Kelp, in una vedovella travagliata da perturbamenti nervosi, la caffeina alla dose di non più di 48 centigrammi in due volte nella giornata produsse fenomeni straordinarj da parte del sistema nervoso: e cioè vertigini, prostrazione, ansietà precordiale, palpitazioni, fortissimo tremore delle membra, stridore dei denti, senso di costrizione nel collo e nella nuca (*Memorabilien*, 1877, XXII, 494). =

Usi terapeutici del cloruro di calcio. (Coghill J. G. Sinclair. In: *Practitioner*, 1877, CXII 247. — Bell Robert. In: *Lancet*, 1877, II, 8 Aug. — *Schmidt's Jahrb.* 1877, CLXXVI, 125).

Il cloruro di calcio (*Calcium chloratum crystallisatum*, da non confondersi con l'ossicloruro di calce) secondo il dott. Coghill era già rimedio pregiato nei tumori glandolari scrofolosi, e quasi esclusivamente adoprato

in tali affezioni prima che fossero introdotte le preparazioni di jodio. Il Coghill non niega in verun modo il valore di coteste preparazioni, ma solamente avverte che spesso producono inconvenienti, e a lungo andare dimagrano ed alterano la sostanza ossea; e però in tali casi assai importa d'avere efficace succedaneo. Particolari vantaggi, secondo il medesimo autore, si possono trarre quando con l'uso interno del cloruro di calcio si combini l'esterno dello jodio, applicato localmente, ovvero fatto respirare allo stato di vapore.

Il cloruro di calcio può usarsi con buoni effetti non solamente quando la gonfiezza delle glandole è già segno della piena manifestazione della cachessia scrofolosa, ma anche quando della scrofola non v'abbia che il sospetto, od il preavviso dai disturbi della digestione e dell'assimilazione. Nei casi in cui fanciulli o giovinetti dormano male, abbiano l'alito fetido, la lingua sporca, le tonsille tumide, le evacuazioni del ventre irregolari e puzzolentissime, con iscarsa secrezione della bile, il Coghill non conosce rimedio che possa gareggiare in efficacia con il clorure di calcio. Al quale cedono tosto la diarrea colliquativa, che sì di sovente accompagna l'anzidetto stato è la lienteria consociata all'ipertrofia delle glandole mesenteriche; parimente la virtù sua si fa sentire nella tabe mesenterica, che non di rado sussegue, quando il male nel suo primo apparire venga trascurato. Anche nelle evacuazioni caratteristiche del tifo il medicamento riesce giovevole; ed il dott. Coghill da molto tempo suole prescrivere nelle forme miti di tifo semplice il cloruro di calcio per bocca sciolto nel latte, ed esternamente epitemi di trementina sul basso ventre.

Il dott. Bell raccomanda del pari il cloruro di calcio come eccellente rimedio, non solamente contro le malattie scrofolose, ma ancora contro la *tubercolosi*. Lo trovava giovevolissimo nei disturbi della digestione e della nutrizione, che nei fanciulli spesso adducono cachessia; nei quali casi agisce meglio e più sicuramente dell'olio di fegato di merluzzo. L'Autore per altro fa osservare come sia necessario che tale medicamento sia sostenuto da buone regole dietetiche acciocchè sia pienamente proficuo; così giova fare mattina e sera frizioni con olio d'oliva sul ventre, da coprirsi poi con fascia di lana. Molto latte è da dare; sono invece da evitarsi nutrimenti feculenti e dolciumi. Racconta pure d'aver ottenuto buoni successi nelle malattie scrofolose delle ossa e nei tumori glandolari; e similmente in parecchi casi di tisi polmonare nel primo stadio, nei quali adoprava insieme l'arsenico, ed in uno di peritonite tubercolosa. Il Coghill si serve del medicamento in soluzione, quale è indicata nella Farmacopea d'Edimburgo (*Solutio calcis muriatis*), e che si compone di 8 oncie (circa 250 grammi) di sale cristallizzato non anidro in 12 oncie (circa 290 grammi) d'acqua distillata. La dose per un adulto può variare da 20 o 30 sino a 50 goccie (1,20-1,80-3,00 grammi) in un bicchiere di latte, tre volte al giorno ed anche più; se possibile dopo il pasto. Se siavi malattia od irritazione dello stomaco o degl'intestini,

converrà dare piccole dosi o più spesso ripetute in eccipiente caldo. In molti casi torna opportuno far uso ad un tempo dell'olio di fegato di merluzzo, ed anche dei preparati.

Il miglior eccipiente è il latte, il quale in oltre può essere pure indicato come mezzo dietetico; il Coghill è inclinato a credere che il cloruro di calcio per opera dell'acido lattico subisca particolare chimica scomposizione. Dopo il latte torna utile uno sciroppo, il cui zucchero aumenta la solubilità della calce. Anzi a suo avviso sarebbe da raccomandare uno sciroppo di cloruro di calcio, in cui questo entrasse nella proporzione di 5 oncie (150 grammi circa) in 12 (circa 290 grammi) di liquido, da darsi alla dose d'un cucchiajo da thè, mescendolo, se piaccia, al latte.

Sul ferro dializzato e sul suo valore terapeutico; del dottor Bouchardat. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, 49).

Il ferro dializzato è una soluzione d'ossido di ferro (ottenuta da un ossicloruro ferrico che contiene 5 equiv. d'ossido e 1 equiv. di cloruro, ed avuto dalla reazione dell'ammoniaca sul cloruro ferrico liquido) messo entro un dializzatore comune, galleggiante in molta acqua. Perchè l'esosmosi si compia, il diaframma del dializzatore essendo di pergamena vegetale, ossia di carta bianca senza colla indurita dall'acido solforico concentrato, occorrono 12 o 15 giorni; e la soluzione finale di colore rosso-bruno-fosco, senz'odore, di sapore lievemente astringente deve avere la densità di 1,045, ovvero 6 a 7 gradi Baumé, e contenere 5 per 100 d'ossido. Evaporata cotesta soluzione lascia un residuo bruno-rossiccio insolubile nell'acqua fredda e nella calda. I medici tedeschi sogliono prescrivere il ferro dializzato con altrettanta quantità di acqua di cannella (30 grammi): a cui s'aggiungono parti eguali di glicerina ed alcool (5 grammi); ad un adulto se ne danno 3 o 4 cucchiaj da caffè al giorno di cotesta pozione, ognuno de' quali, valutato sia di 5 grammi, conterrà 2,14 d'ossido di ferro dializzato, ovverossia 10 centigrammi d'ossido di ferro secco.

Ma circa il valore terapeutico di questa preparazione il Bouchardat condivide il parere del farmacista J. Depaire, professore nell'Università di Bruxelles, cioè che sia il meno attivo dei ferruginosi. Ho sempre sostenuto, soggiunge il Bouchardat, e credo assolutamente che i sali di ferro al massimo grado d'ossidazione siano inferiori per valore terapeutico al ferro metallico porfirizzato, o meglio al ferro Quévenne (ferro ridotto dall'idrogeno), od anche alle preparazioni di carbonato ferroso o d'ossido ferroso combinato con un acido organico. *Teoricamente* mi sembra debba essere la meno sicura delle preparazioni marziali in cui entra l'ossido ferrico per due ragioni: 1° il ferro che dicesi *dializzato* non trapassa il dializzatore e però non può essere assorbito; 2° con piccolissime quantità d'alcali, di terre alcaline, d'acidi, di materie diverse contenute negli alimenti si converte in un composto insolubile.

La quale opinione il Bouchardat vuol mantenere sinchè i fatti clinici palesemente non mostrino che la cosa va altrimenti.

Per altro sulla copertina dello stesso fascicolo del *Bulletin général de Thérapeutique* è pomposamente annunziato il *ferro Bravais* (*Fer dialysé Bravais*) premiato con 3 medaglie alle Mostre di Parigi, Bruxelles e Filadelfia, *seul adopté dans tous les hôpitaux, ordonné par tous les principaux Médecins ! !*

Nuovo metodo di amministrare lo jodio nei fanciulli rachitici oltremodo deboli facendolo passare per il latte di nutrice o di vacca; suggerito dal dott. Gemmel in Birnbaum. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1877, XIV, 15).

Il metodo, come fanno osservare il Mettenheimer (*Memorabilien*, 1877, XXIII, 399), ed il Winter (*Schmidt's Jahrbücher*, 1877, CLXXVI, 219) è tutt'altro che nuovo, nondimeno il caso riferito dal suddetto dott. Gemmel è bella prova come tale sussidio possa riescire efficacissimo. E per vero quel bambino di 20 mesi era sì estenuato che appena avea forza di gridare; ogni miglior mezzo analettico senz'effetto, siccome pure l'olio di fegato di merluzzo, il joduro di ferro e di potassio amministrati direttamente. Allo spuntar d'alcuni denti era pure la mucosa della bocca caduta su varj punti in cangrena. Data alla nutrice una soluzione di joduro di potassio (4 in 200: ogni 3 ore un cucchiajo), il latte dopo pochi giorni conteneva certa quantità di jodio, e il bambino che poppava cominciò a migliorare; e così si rimise da poter, quando dopo undici settimane venne meno la secrezione delle mammelle della balia, essere portato ai bagni di Kreuznach dove compiè la cura, in guisa da dileguarsi quasi ogni traccia di rachitide. La nutrice sopportava benissimo il joduro di potassio e per cinque settimane diede latte in abbondanza. Temendo che questo venisse meno quando ancora ne fosse bisogno, si pensò di dare ad una vacca 10 grammi al giorno di joduro; d'apprima parve soffrirne, ma poi lo tollerò benissimo, e dopo 14 giorni poteva dimostrarsi lo jodio nel latte. Come s'è detto, non nuovo era tale modo d'amministrare cotesto medicamento: fin dal 1846 Labourdette e Dumesnil avendo instituiti esperimenti sulle vacche dando loro dello joduro di potassio col mangime; ma quelli non furono divulgati che nel 1856 e soltanto nel 1859 il Bouley ne fece argomento d'una relazione all'Accademia di medicina di Parigi. Per altro in una dissertazione pubblicata a Marburg nel 1847 (*de transitu medicamentorum in lac*), e compilata sotto la direzione di Falck e Bunsen si dava notizia di esperienze fatte in una capra con lo joduro di potassio e la tintura di jodio. Nel 1857 apparve altresì il pregevole lavoro del Lewald di Breslavia sul passaggio dei medicamenti nel latte, e l'anno dopo il dott. Schott di Frankfurt sul Meno proponeva di giovarsi delle acque di Sulzbrunn ricche di jodio per trasmettere questo nel latte umano o di animale, mostrando altresì l'utilità di simile latte. Raccomandazioni che pur vennero fatte successivamente da altri medici, siccome Ditterich, Hertel, Pio-

gey, Nadler per gli esperimenti instituiti nelle vacche e soprattutto nelle capre. Schäffer pure nel 1850 avea notato il transito dello jodio nel latte di donna che prendeva joduro di potassio.

Delle indicazioni comparate della morfina e della digitale nel corso delle affezioni organiche del cuore; del dott. A. GUBLER. (*Journal de Thérapeutique*, 1877, N. 10, 21, 23, 1878, N. 1).

Da quest' importante memoria, la quale è una specie di compendio della terapeutica delle malattie del cuore, leviamo le seguenti proposizioni, nelle quali lo stesso Autore riassumeva i suoi concetti, meritevoli di considerazione, anche da chi non fosse disposto a pienamente approvarli. Tutti poi approveranno la massima fondamentale che nella cura delle affezioni cardiache non può il medico attenersi, come a rimedio sovrano, per quanto efficace, ad unico presidio, bensì si gioverà d' un insieme di mezzi razionali, adatti ai diversi stati patologici, che successivamente si manifestano: invece d'una specie di panacea, che rende superfluo il riflettere ed il ragionare, il medico avrà con severa analisi da scegliere in una serie di *mezzi fisiologici*, quelli che meglio corrispondono alle indicazioni razionali e precise, che gli si presentano innanzi ed alle quali deve soddisfare:

1.° La digitale, moderatore e regolatore per eccellenza del ritmo della circolazione, aumenta l'energia d'ogni sistole proporzionatamente al diminuire che fa il numero degli atti cardiaci. Tale effetto può esprimersi, secondo una formola aritmetica, in questi termini: la forza spesa dal cuore nell'unità di tempo essendo relativamente costante, il valore assoluto della funzione è tanto più grande, quanto più piccolo è il denominatore.

2.° Mediante questa *coibizione*, con o senza il sussidio d'un' azione direttamente ipercinetica, od anche corroborante, la cui probabile esistenza non è per altro dimostrata, la digitale diventa un agente prezioso della medicazione tonica speciale, in alcuni soggetti afflitti da palpitazioni nervose, e nella maggior parte di cardio-pazienti.

3.° I suoi buoni effetti sono in certo modo sicuri finchè l' asistolia dipende dal disordine dell' innervazione cardiaca e dalla sregolata azione della forza contrattile del miocardio. Quest' *atassia cardiaca* è la condizione normale delle lesioni organiche del cuore ne' primi loro stadj, e persiste non solo ne'successivi, ma spesso ancora in mezzo alle complicazioni generali, che sempre più offuscano il quadro sintomatico de' casi più gravi.

4.° Nondimeno giunge un momento in cui l'asistolia non è più semplicemente effetto d'una successione troppo rapida di sforzi più o meno inani e in conseguenza inefficaci: la debolezza sovrasta; l' agitazione (*folie du coeur* del Bouillaud) ha ceduto il posto all'impotenza. Allora il regno della digitale è finito; incomincia quello dei tonici diretti o indiretti, dei dinamofori.

5.° Fra tutti questi rimedj il primo luogo spetta, non v' ha dubbio,

all'oppio e a taluna delle sostanze, che ne derivano. La morfina, specialmente, gode di notabile efficacia contro gli effetti della paralisi cardiaca, compresi sotto la voce *cardioplegia*.

6.° Rianimando la vitalità della rete capillare sanguigna, stimolando l'ematosi e gli atti nutritivi, la morfina favorisce l'incremento della forza in generale e particolarmente quello della forza eccito-motrice nel bulbo spinale, e della conducibilità nei cordoni nervosi, che ne emanano. Tuttavia essa concorre a rafforzare la circolazione e consecutivamente le altre grandi funzioni per mezzo della calma che arreca alla sensibilità e quindi ancora nel ritmo dei movimenti del cuore. Agisce in modo consimile con le sue proprietà ipnotiche, poichè il sonno toglie tante cagioni di disperdimento, e la *congestione soporifera* è condizione anatomica quanto mai favorevole alla ristaurazione ed alla nutrizione dei centri nervosi, poverissimi di vasi capillari.

7.° Pur conoscendo bene le qualità differenti della digitalina e della morfina, pur avendoci la fina analisi dei fatti clinici dato modo di cogliere le due principali condizioni patologiche in cui questi grandi medicamenti sono indicati, siamo ben lungi dall'essere per fatto di scienza in grado di guidarci con sicurezza nella scelta del rimedio acconcio ad ogni caso particolare. A quali segni s'accorgerà il medico che deve volgersi piuttosto all'oppio che alla digitale; ovvero, ciò che per noi è lo stesso, a quali caratteri differenziali potrà egli distinguere la *cardioplegia* dalla *cardioatassia*? Ecco quanto importerebbe di fermare.

8.° La digitale è come necessaria, e quasi evidentemente imposta nelle lesioni semplici degli orifizj e delle valvole, anche inveterate, purchè siano in soggetti giovani e del resto in buone condizioni, od in soggetti attempati ma senza veruna di quelle alterazioni generali, che formano la *cachessia cardiaca*. Il dubbio comincia quando l'asistolia è accompagnata da complicazioni gravi; anasarca, idropisie interne, albuminuria, cianosi, ortopnea, ecc. In simili casi si dovrà procedere a tastoni. Lo stesso si farà nei casi di palpitazioni puramente nervose, le quali si suddividono senza dubbio, come i disordini circolatorj secondarj delle lesioni organiche del cuore, in steniche o irritative, e asteniche o paralitiche; ma la storia di esse è tuttora troppo poco nota perchè sia possibile di distinguerle dai loro caratteri apparenti.

9.° Nei casi dubbj la digitale si presenta pur sempre con le maggiori probabilità di buon successo; e noi l'abbiamo veduta riescire quando ogni speranza pareva perduta. Da essa bisogna incominciare con il riguardo per altro d'invigilarne attentamente gli effetti, affine di potersi fermare in tempo se la controindicazione divenga manifesta.

Circa poi l'amministrazione della digitale il Gubler dà alcuni precetti, che pure ci piace ripetere, premesso che ad ogni altra preparazione va anteposta la tintura alcoolica della Farmacopea di Francia, ovvero una delle due digitaline francesi. Anche l'infusione e specialmente la macerazione delle foglie in acqua fredda o calda, ma non oltre

i 70° C., sono molto attive; se non che muovono troppo la nausea ed anche il vomito e la catarsi per poter adoprarle nei cardio-pazienti, mentre invece sono per ciò stesso da preferirsi nella cura della pneumonite e delle infiammazioni acute febbrili. Se si voglia agire in modo pronto e sicuro con il principio attivo della digitale, non lo si adoperi già allo stato solido in forma di pillole o di granuli, che talvolta scorrono tutto il tubo intestinale senza subire mutamento, bensì si prescriva la digitalina in soluzione alcoolica, debitamente diluita in eccipiente acquoso.

La soluzione alcoolica ad 1|500 (2 milligrammi per grammo) è abbastanza concentrata per la *digitalina amorfa* di Homolle e Quevenne; tale proporzione rimarrebbe *passablement maniable* rispetto alla *digitalina cristallizzata* di Nativelle, molto più potente dell'altra nell'uomo. Importa moltissimo di contenere nei giusti limiti la dose; e quanto meno decisa ne sia l'indicazione, tanto più tenui si terranno le dosi e fra loro maggiormente distanti. La dose media, per volta, può stimarsi di 10 goccie per la tintura alcoolica di digitale; 1 milligr. per la digitalina amorfa (15 goccie di soluzione alcoolica); 1|4 di milligr. per la digitalina cristallizzata (4 goccie di soluzione alcoolica); e tale dose può essere ripetuta due o tre volte nella giornata, ma di rado occorreva d'andare oltre le 20 goccie per la tintura alcoolica di digitale, o i 2 milligrammi per la digitalina amorfa. Le preparazioni di digitale irritando assaissimo il tessuto cellulare, non possono essere introdotte che per la via dello stomaco, e fuori del tempo del pasto. Se nondimeno lo stomaco non potesse comportarle, bisogna associarle a correttivi aromatici, come la tintura di cardamomo, l'essenza di menta. Se l'ansietà, la piccolezza e l'irregolarità dei polsi dopo le prime dosi aumenti, anzi che diminuire, non si dovrà continuare più di due giorni nell'uso della digitale, od almeno ad amministrarla sola. La si associerà agli oppiati corretti dagli aromatici; e quando neppur ciò bastasse la si metta affatto da parte. Invece s'avrà motivo di continuare con coraggio quando fin dalle prime dosi s'abbia qualche beneficio. Manifesti vantaggj non appajono che verso il terzo giorno; non bisogna per altro protrarne l'uso oltre 5 a 6 giorni di seguito, per evitare che non sopravvengano fenomeni tossici, in conseguenza dell'*accumulata azione per sovrapponimento di dosi* negli elementi istologici, giacchè i sintomi dell'azione della digitale crescono ordinariamente per 1 o 2 giorni ancora dopo essere stato rimosso il medicamento.

E rispetto all'oppio ed alla morfina il nostro Autore ha pure queste avvertenze.

Nelle malattie organiche del cuore, non complicate da gravi lesioni dell'aorta e soprattutto del suo arco, l'oppio subentra tardi alla digitale. La morfina può prestare buoni servigj tosto che comincia a venir meno la resistenza organica; e sempre più quando sopravvengono sintomi cachettici. Negli ultimi stadj del male, quando la paralisi invade progres-

sivamente l'apparecchio centrale della circolazione, la morfina diviene indispensabile, specie di *ultima ratio* della terapeutica dei malati di cuore Nelle affezioni aortiche, siano o no complicate a lesioni cardiache, l'indicazione della morfina è molto più sollecita; sorge talvolta prima che appajano sintomi razionali del male, spesso prima di qualsiasi alterazione cachettica, e quasi sempre negli stadj poco inoltrati. Essa calma nel 1° caso i dolori acuti dell'*angor pectoris*; corregge nel 2° gli effetti paralitici, che provengono dalla distensione e dal logorio dei ramuscoli nervosi in conseguenza delle dilatazioni aneurismatiche dell'aorta; nel 3° si oppone pure a cotesta paralisi da causa locale ed insieme allo stato di paresi, che deriva dall'insufficiente riparazione dei centri nervosi, dall'alterazione della crasi del sangue e di tutta l'economia. In tutti questi casi, tranne le complicazioni dolorose dell'*angina pectoris*, l'oppio e i medicamenti che ne derivano giovano unicamente sin che operano da stimolanti e indirettamente da corroboranti; gli effetti stupefacenti ed ipnotici non possono che aggravare gli altri, che dalla malattia procedono. Ma gli oppiati, affinchè siano stimolanti, debbon esser amministrati in piccole dosi e a brevi intervalli; e per non accrescere il torpore degli organi digerenti, si deve evitare di darli per bocca; donde la necessità di preferire l'alcaloide per le injezioni ipodermiche. Con il qual metodo si ha il vantaggio d'introdurre il medicamento in qualsiasi momento, e di procedere con rapidità e sicurezza. Da principio la dose massima per volta sarà di 1 centigrammo e meglio di 1/2 centigrammo per prevenire le nausee, le vertigini ed altri disturbi, ed in pari tempo perchè non rimanga sopraffatta l'eccitazione dai sintomi di narcosi e d'ipnotismo. Le injezioni di 5 milligrammi o di 1 centigrammo saranno ripetute due o tre volte nelle 24 ore; anche avverrà di farne così volendo il caso, uso abituale e *pour ainsi dire indéfini*; ed allora la dose potrà essere portata a 4, 6, 8 e 10 centigrammi, distribuiti in 3 o 4 injezioni ipodermiche da farsi, con intervalli presso che uguali, nelle 24 ore. Gl'inconvenienti del *morfinismo cronico* non possono esser messi alla pari con i pericoli immediati e gravi, che minacciano la vita del malato. D'altra parte tali inconvenienti, che provengono dall'abuso, cioè dalla protratta continuazione di dosi non *assolutamente troppo alte*, ma *relativamente eccessive*, non sono sì temibili quanto generalmente si crede; possono essere evitati, avendo riguardo che la dose quotidiana sia giustamente proporzionata al bisogno, e sia continuamente distrutta od eliminata.

Malgrado le diverse attitudini, e le indicazioni fino a un certo punto contradditorie, gli oppiati e le preparazioni di digitale non s'escludono necessariamente, nè sempre. Questi due medicamenti eroici si porgono invece mutuo soccorso nelle fasi transitorie o nelle forme complicate delle malattie del cuore; quando ad esempio l'elemento *dolore* s'aggiunge ai disordini dei movimenti cardiaci, o quando l'asistolia esprime non

solo il tumulto o l'atassia del cuore, ma anche un certo grado di paralisi o di cardioplegia. In tali condizioni l'unione dell'oppio con la digitale è più che permessa, espressamente raccomandata. Le injezioni di morfina col mantenere le forze rendono più sicuri gli effetti regolatori della digitale e servono in pari tempo a bilanciare l'azione depressiva, che la digitale stessa fa sentire tosto che la dose introdotta sia relativamente esagerata. Non occorre dire che l'amministrazione successiva o simultanea dei due grandi rimedj cardiaci non chiude la porta ad altri mezzi di cura tratti dall'igiene o dalla materia medica. I tonici e gli stimolanti, i diuretici e i sedativi, il bromuro di potassio, la caffeina, l'idroterapia, l'aria compressa, ecc., possono rendere, opportunamente adoperati, ottimi servizj nelle lesioni organiche di cuore. Così il Gubler assicura d'aver ottenuto ottimi effetti dall'azione diuretica della caffeina data per bocca, mentre injettava la morfina sotto la pelle. (Vedi sopra l'articolo *Caffeina*).

Sulla virtù blennostatica e l'azione fisiologica del kava, Piper methysticum; del dott. A. Gubler. (*Journal de Thérapeutique*, 1878, p. 81).

A Taïti, alle isole della Società, Sandwich, Marchesi, Tonga ed in altre parti dell'Oceania dalla radice del *Piper methysticum* (*kava*), fatta macerare nell'acqua dopo essere stata masticata, traesi una bevanda inebbriante, la quale induce sonno piacevole per fantasmi voluttuosi, ed anche è adoperata per prevenire o guarire le affezioni sifilitiche, siccome a piccole dosi serve a stimolare le funzioni digerenti, nei paesi caldi spesso languide. Il Cuzent, farmacista della marina militare francese a Taïti, avviò i primi passi per far entrare nella terapeutica europea questa droga facendone conoscere la storia naturale, le proprietà farmaceutiche e chimiche; altre osservazioni su di essa e su l'*ava* aggiungeva il dottor O'Rorke, e da ultimo il dott. Edoardo Dupuy nel *Giornale di Terapeutica* metteva in vista le proprietà anti-blennorragiche di cotesto pepe, delle quali avea già dato sentore il Cook, e che il predetto Cuzent, Quatrefages e Fonssagrives aveano confermato. Il Gubler in un caso ebbe modo di farne ottima prova, e per lui quello basta per tenere il kava non solo efficace contro la blennorragia, ma ancora opportunissimo quando maggiore è l'acme e l'intensità del male, essendo altresì ottimamente tollerato dallo stomaco; in oltre quel fatto davagli il destro d'interpretare il modo con cui opera il nuovo medicamento.

Queste le conclusioni dell'articolo:

1.° La radice di kava (*Piper methysticum*) ha proprietà diverse; delle quali possono farsi due classi; cefaliche ed inebbrianti; diuretiche e blennostatiche.

2.° L'ebbrezza prodotta dal kava è specialissima nè somiglia punto a quella dell'alcool. La macerazione, che gl'indigeni chiamano *ava*, non ha subito veruna fermentazione alcoolica, e la masticazione che vi si premette non ha altro effetto, producendo del glucosio, che di conferire al liquore aromatico sapore dolcigno e zuccherino.

3.° Fra i sintomi di tale ebbrezza od *avaismo acuto*, il più notabile ed importante consiste in un'eccitazione genesica non negli organi sessuali, ma nei centri nervosi, che sono *sede dell'istinto di riproduzione*. Non v'ha priapismo, ma sentimento erotico.

4.° Il kava ha altresì la virtù di moderare lo stato inflammatorio degli organi genito-orinarj, e di scemare o torre il catarro muco-purulento della mucosa uretro-vescicale, verisimilmente per effetto d'azione diuretica e blennostatica insieme.

5.° L'azione anti-catarrale diretta e tossica è dovuta ad una sostanza balsamica, oleoresinosa, paragonabile alle trementine generalmente adoprate.

6.° Gli effetti diuretici e anti-catarrali indiretti dipendono in parte da quest'oleoresina, ma specialmente dalla sostanza neutra cristallizzabile detta *kawahina*, e forse da un alcaloide non cercato ancora, il quale, trovato che fosse, renderebbe benissimo ragione dell'ebbrezza particolare come pure delle modificazioni nella circolazione e nelle secrezioni dell'apparecchio uro-genitale.

7.° Tale doppia azione sugli organi genito-orinarj dà al kava notabile efficacia nell'uretrite, e nello stadio della maggiore sua infiammazione. Spiega altresì com'esso riesca nei casi in cui fallirono le trementine pure, e fa capire quanto sia utile associare le varie specie di pepe, specialmente il cubebe, i cui effetti sono analoghi a quelli del kava, all'oleo-resina del copaibe, per assodare la guarigione delle blennorragie acute ed intense.

8.° L'uso terapeutico del kava è tanto più commendevole, poichè non è punto spiacevole, nè produce verun disturbo negli organi digerenti.

= Fin qui il prof. Gubler. Giova per altro far notare che già il dottor G. Planchon, professore alla Scuola superiore di Farmacia di Parigi, nell'ultima edizione dell'*Histoire naturelle des drogues simples* del Guibourt (Paris 1869, II, 277) aveva posta intorno l'*Ava* o *Kava* la seguente nota:

« *Piper methysticum* di Forster. L'azione sudorifera e i benefici effetti che può produrre nelle affezioni catarrali e nella blennorragia non sono da trascurare nella terapeutica. Le radici di questa specie sono grosse, di color bigio all'esterno, bianchiccie internamente, spugnose, segnate da fibre che a guisa di raggi vanno dal centro alla circonferenza. L'odore è lievemente aromatico; sono, quando si masticano, acri, astringenti, scialagoghe. Contengono un principio cristallino, isolato dal Morson nel 1844 (*Pharmaceutical Journal*, III, 473 e 525), meglio studiato dal Gobley nel 1859 col nome di *metisticina* e dal Cuzent con l'altro di *kavaina* (1). Tale sostanza ha la forma di aghi setacei, senza colore,

(1) Vi trovava pure un olio etereo di color giallo. La Kavaina, secondo il Cuzent, non contiene azoto ned ha proprietà alcalina: si compone in 100 parti

senz'odore, insipida, non salificabile; fusibile a 130° si scompone oltre questa temperatura; insolubile nell'acqua, appena solubile nell'alcool e nell'etere; l'acido cloridrico la scioglie e l'ingiallisce; l'acido nitrico gli dà color giallo aranciato, e bel violetto l'acido solforico puro. Gobley notava ancora, insieme con la metisticina della cellulosa e dell'amido, una resina acre, verdognola, una materia gommosa e diversi sali. (« Recherches chimiques sur la racine de kava. » In: « Journ. de pharm. 1860, XXXVII, 19).

Lo Strumpf, il Wiggers, l'Henkel, lo Schroff, ecc. nelle loro opere di Farmacologia e Farmacognosia ricordano questa droga e le sue virtù (1). Ma già fin dal 1825, senza dire dell'articolo del Née inserito negli *Anales de ciencias naturales* di Madrid (1803, VI, 290), apparve nel *Bulletin des sciences médicales* del Fergusson (VI, 294) una *Note sur l'Ava. Piper methysticum des Naturels des Iles Océaniennes* scritta da R. P. Lesson che fu in quelle aque medico su la corvetta *La Coquille*, di cui poscia descrisse il viaggio (2). Tale memoria servì poi al Mérat per compilare l'articolo *Piper methysticum* nel celebrato suo *Dictionnaire universel de matière médicale* (Paris 1833, V, 335). Dalla memorietta del Lesson leviamo quel brano, che più s'affà al caso nostro.

« L'*Ava* è il solo rimedio che quei di Taïti usano per liberarsi dalle malattie veneree che sono fra loro penetrate e che tuttodì loro arrecano le navi inglesi che vi approdano. Ecco il loro metodo per servirsi di tal mezzo di cura: preparano una macerazione concentrata d'*ava*, che bevuta li ubbriaca per ventiquattr'ore. All'ebbrezza susseguono sudori copiosi e continui per tre giorni. Frattanto l'infermo sta chiuso nella sua capanna, ed ha cura di quell'eccessiva traspirazione. Passati alcuni giorni torna a prendere il medicamento, ed è raro, secondo che dicono, che dopo tre o quattro dosi il male non si dilegui. L'*ava* agirebbe così come il guajaco e la salsapariglia ne'climi caldi, che ne coadjuvano l'azione. Il vitto tenue degli abitanti di Taïti, che per molta parte non si nutrono che di frutti è pur a ciò favorevolissimo. Si noti che quando quella gente ha la *gonorrea*, non beve, od almeno di rado, l'emulsione lattiginosa del coco, quantunque sia per essi bevanda consueta, poi-

di carbonio 65, idrogeno 5, ossigeno 28. La radice di solito pesa 1 o 2 chilogr., ma talvolta anche 10. (« Taïti, ou Recherches sur les principales productions de l'île. » Paris 1860, 1 vol. in 8.°. — « Journal de Pharmacie et de Chimie », 1861, tom. XXXIX, p. 202).

(2) Strumpf F. L. « Systematisches Handbuch der Arzneimittellehre. » Berlin 1848, I 665. — Wiggers A. « Handbuch der Pharmacognosie. » Göttingen 1864, p. 192. — Henkel. « Handbuch der Pharmacognosie. » Tübingen 1867, p. 353. — Schroff C « Lehrbuch der Pharmacognosie. » Wien 1869, p. 115. Il Cantani lo indica pure nel suo *Manuale di Materia Medica* (II, 805).

(3) Lesson R. P. « Voyage médicale autour du monde, exécuté sur la corvette du Roi la Coquille, commandée par M. L. J. Duperrey, pendant les années 1822-25. » Paris 1829, 8.°

chè sì fatto liquore contiene un acido che più che mai aumenta il bruciore quando le orine passano pel canale dell' uretra. Ho osservato che la scolagione de' nostri marinaj, che bevevano *latte di coco*, macchiava la biancheria di nero.

Ma sotto un cielo sempre caldo, e con un'alta temperatura in uomini che si bagnano più volte al dì e che passano tutto il giorno senza far niente, la natura da sè sola, ne' casi più semplici di coito impuro, sostiene tutta l'opera della guarigione. Gl' Inglesi hanno introdotto la radice d'ava nelle loro farmacie; ne vantano specialmente la tintura nei reumatismi cronici ...... »

Il Mérat soggiunge che le donne di Taïti bevono dell'ava o kava *per precauzione*, quand'abbiano avuto a fare con marinaj; ed anche fa notare con il Lesson come le varie specie di pepe siano adoprate nella cura delle malattie veneree in luoghi lontanissimi, e senza che possa ammettersi che l'uno all' altro popolo abbia suggerito il rimedio: nell'India si adopera il *cubebe*, a Taïti l'*ava*, ad Amboina il *Piper siriboa*, al Messico il *Piper amalajo*, al Brasile il *Nhandi* ed il *Jaborandi*, che sono due qualità di pepe. — Cotesto accordo procede senza dubbio da ciò che comuni sono nelle varie specie di pepe le proprietà, avendo tutte gli stessi principj attivi od almeno molto affini; e che tali proprietà facilmente si rivelano ai sensi. *Vim habet*, diceva Dioscoride, *omne piper calefacientem*, *diureticam*, *concotricem*, *epispaticam* (attraente) *discutientem*. (« De materia medica », Lib. II, Cap. CLXXXVIII, Lipsiae 1829, I, 299). Ed il medico d'Anazarba fu una specie d'oracolo, riguardo alla materia medica ed all'azione de'medicamenti, per i medici greci posteriori, gli arabi e gli arabisti, che è quanto dire fino al cinquecento. E le parole sue erano altresì avvalorate dalla sconfinata autorità di Galeno, il quale scrisse che il pepe nero ed il bianco *scaldano e disseccano valorosamente*. (« De simplicium medicamentium temperamentis ac facultatibus. » Lib. VIII, Cap. XVI. Opera. Lipsiae 1826, XII, 97). E però gli scrittori di farmacologia e di dietetica del secolo XVI ponevanlo come medicamento *caldo e secco* presso al quarto grado, e dicevano che muoveva l'orina e consumava la flemma (Durante Castor. « Il tesoro della Sanità. » Roma 1586, p. 138. — Pisanelli Baldassare. « Il trattato della natura de'cibi et del bere. » Venezia 1586, p. 116). Tanto bastava perchè il pepe fosse portato fra i rimedj della blennorragia e della blennorrea. Intorno al qual uso, divenuto volgare specialmente fra i soldati, può vedersi curiosa osservazione del Reveillé-Parise nel « Journal Général de Médecine », del 1820. (T. LXXI, p. 105). =

BIBLIOGRAFIA

Corradi Alfonso. **Dell'ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente.** Commentario in risposta al Programma di concorso della Società medico-chirurgica di Bologna per l'anno 1871 e premiato dalla Società medesima. (Bologna 1874-77, 3 vol. di pag. 1640 in 4°).

Gli *Annali* non potendo di quest'opera recare particolare giudizio, rimettono il lettore a quello che n'hanno dato i giornali medici non pure nostrani, ma stranieri (1), e si limitano a trascrivere il *Sommario*, acciocchè di qualche guisa appaja l'ampiezza e l'intendimento dell'opera stessa.

Introduzione. — Dell'ostetricia in Italia nel secolo XVIII.

A. Delle scuole e dell'insegnamento: I Scuola di Torino. — II di Bologna. — III di Padova e Venezia. — IV di Milano e Pavia. — V di

(1) Per esempio il *Jahresbericht* del Virchow, gli *Schmidt's Jahrbücher*, l'*Archiv für Gynækologie*, nel quale ultimo giornale il dottor Davidson poneva quest'articolo:

Der Berühmte Epidemiolog Italiens, Alfonso Corradi, hat sich neben seinen « Annali delle Epidemie occorsi in Italia » ein neues Verdienst um sein Vaterland erworben durch die Herausgabe dieses bewundernswerthen Buches. Mit Geschick und Geläufigkeit hat er die hinaltreichen Archive Italiens durchforscht und von dort her die überraschendsten Resultate zu Tage gefördert. Wir erinnern nur an das kleine Meisterstück « Das Alter der Rhinoplastik ». Aus diesen archivalischen Arbeiten ist nun Corradi auf ein Gebiet übergangen, welches zeigt, dass er ebenso vollendeter Gynäkolog, wie gründlicher Historiker ist. Ist es die Eigenartigkeit des italienischen Buchhandels, die uns die Leistungen Italiens bisher verdunkelt hat, so giebt uns der Verfasser auf jeder Seite neue Aufschlüsse über die Leistungen in seinem Vaterlande. Es giebt kein Werk über die Geschichte einer medicinischen Disciplin, das sich an Umfang, Genauigkeit und Vollständigkeit mit diesem messen könnte, durchgehends ist das Buch eben so reich an Belehrung wie an Auskünften. Dass bei solchem Umfange manches unterläuft, was für uns Fremde zu weitläufig sich ausnimmt, vird man gewiss hingehen lassen, wenn man das hocwichtige statistische Material berücksichtigt, wie es sich über mehrfache Schwangerschaft, über 80 Fälle von extrauteriner Schwangerschaft, 70 Fälle von dappelleibigen Monstra, 158 Kaiserschnitte an Lebenden ausspricht. (*Archiv für Gynækologie*, Berlin 1877, XII, 505).

Firenze e Siena. — VI di Modena. — VII di Roma, di Napoli e d'altri luoghi.

B. Delle Opere pubblicate in Italia intorno l'Ostetricia nella seconda metà del secolo XVIII. — VIII Trattati generali. — IX Trattati minori per le levatrici. — X Altre opere di argomento generale e traduzioni. — XI Conclusione.

Della Scienza ed Arte ostetrica in Italia nel secolo XIX. — Capo 1.° — I Ajuti ed incoraggiamenti alla Scienza ed all'Arte. Instituti per le partorienti e per l'insegnamento dell'Ostetricia. — II Ragguagli delle cose fatte ed osservate negl' Instituti medesimi — Capo 2.° — I Dei Trattati generali. — II Del Metodo e dell'Esperimento in Ostetricia. — III Concetto e divisione dell'Ostetricia: saggi di Storia della medesima.

Parte 1.ª — Del concepimento e della gravidanza. — Capo 3.° — I Maturazione e distacco degli ovoli. — II Fecondazione. — III di alcune cause di sterilità. — Capo 4.° — I Del frutto del concepimento e delle parti annesse al medesimo. — II Lavori dell'Ercolani intorno la placenta. — III Nutrizione ed altre funzioni del feto. — Capo 5.° — I Misure del feto. — II Dell'attitudine e dei mutamenti di sito e di posizione del feto. — III Annotazioni circa l'opuscolo *de humano Foetu* dell' Aranzio. — Capo 6.° — I Dell'Esame ostetrico. Dell' Ascoltazione e Percussione. — II Della Pelvimetria. — Capo 7.° — I Di alcuni segni della gravidanza. — II Dei mutamenti che subisce l'utero gravido. — Capo 8.° — I Tempi e durata della gravidanza (*Gravidanza abbreviata e protratta*). — II Modi di calcolare e questa e quelli. — Capo 9.° — I Gravidanza composta o multipla. — II Superfetazione. — Capo 10.° — I Gravidanza complicata. Considerazioni generali. — II Vomito. — III Sudore fetente. — IV Sete. — V Diarrea, Stitichezza, Ostruzione intestinale, Ernie. — VI Cangrena e Cancroide della lingua, Stomatorragia, Epistassi. — VII Mastoite, Ipertrofia e Tumori delle mammelle. — VIII Disordini della circolazione e del respiro. — IX Alterazioni del sangue. — X Albuminuria, Anasarca, Idrope ascite. — XI Edema e Varici delle parti pudende. — XII Nevropatie in generale e di alcune in particolare (Granchio, Contrattura, Singhiozzo, Cardialgia, Nevralgia facciale, Ischiade, Prurito, Sordità, Emeralopia). — XIII Morbi inficienti e contagiosi (Sifilide, Vajuolo, Febbri eruttive, Tifo, Febbre gialla, Cholera). — XIV Osteomalacia e malattie delle articolazioni. — XV Infiammazione dell'utero e idrorrea. — XVI Tumori delle ovaje, dell'utero, della vagina e delle parti esterne. — XVII Spostamenti dell'utero. — XVIII Ferite e rotture dell' utero. — XIX Cistite e sfaldatura della mucosa vescicale, Calcoli e corpi estranei in vescica, Iscuria. — XX Operazioni chirurgiche nel tempo della gravidanza. — Capo 11.° — I Delle malattie che simulano la gravidanza e della cosidetta gravidanza falsa. — II Delle mole. — Capo 12.° Della gravidanza estrauterina. — Prospetti. — I Gravidanze estrauterine (con osservazioni anatomiche). *a*) Casi terminati direttamente in morte: 1.° Gravidanza ovarica. 2.° Gravidanza tubaria. 3.° Gravidanza

addominale. *b*) Casi con successioni varie: 1.° Gravidanza tubaria. 2.° Gravidanza addominale. — II Gravidanze estrauterine con successioni (senza osservazioni anatomiche). Considerazioni intorno i precedenti Prospetti. Osservazioni antiche di gravidanza estrauterina. — Capo 13.° — I Malattie degl'involucri e della placenta. — II Malattie del feto, e come esso compartecipi ai morbi ed ai perturbamenti della madre. — III Aborto. — IV Emorragia nella gravidanza.

Parte 2.ª — Del Parto: Sezione 1.ª — Del Parto naturale (Eutocia). — Capo 14.° — I Del bacino in generale considerato sotto il punto di vista dell'ostetricia: Insegnamenti del prof. Fabbri. — II Delle cause efficienti e della causa determinante il parto. — Capo 15.° — I Durata del soprapparto; com'essa non sia sempre uguale, e del diverso pericolo del parto secondo il sesso del feto. — II Età delle partorienti rispetto agli accidenti dello sgravio ed alla fecondità. — III Delle presentazioni e delle posizioni del feto. — Capo 16.° — I Del parto per il vertice. — II Per la faccia. — III Per le parti inferiori. — Capo 17.° — I Dei soccorsi alla donna partoriente. Posizioni varie nell'atto del partorire. — II Sedie e letti da parto. Movimenti ajutatori. — III Modi di preservare il perineo dalle rotture e per incidenza delle opinioni di Denman e di Goodell sull'influsso delle idee religiose nelle sorti dell'ostetricia. — IV Dell'anestesia nel parto. — V Dell'espulsione della placenta.

Sezione 2.ª — Del parto non naturale (distocia). — Capo 18.° — I Del significato del parto naturale e non naturale. Cagioni di distocia provenienti della madre. — II De' vizj delle pelvi in generale: ricerche storiche e discussioni in proposito. — III Della rachitide e della osteomalacia nel riguardo ostetrico. — Capo 19.° — I Del bacino obliquo ovale. Studj del Fabbri in proposito. — II Della pelvi deforme in conseguenza di claudicazione. — III Di alcune cagioni di deformità e strettezza del bacino. — Capo 20.° — De' principali soccorsi nelle varie specie di pelvi viziata. — Capo 21.° — I Distocia per vizio delle parti genitali molli e delle altre parti contenute, o intromesse nel bacino. Tumori delle ovaje. Della cellulare pelvica. Dell'intestino retto. Della vescica. Dell'utero e della vagina. — II Obliquità e spostamenti dell'utero. — III Vizj di forma del medesimo — Capo 22.° — I Stenosi e atresia delle vie genitali e del collo uterino. — II Isterotomia. — Capo 23.° — I Inerzia dell'utero. Dell'uso della segale cornuta. — II Della china, dei chinacei e di altri espedienti ocitoci interni ed esterni. — III Dello spasmo e tetano uterino. — IV Del parto precipitoso. — Capo 24.° — I Delle emorragie negli ultimi mesi della gravidanza e nell'atto del parto (placenta previa. Parto forzato). — II Emorragie speciali o relative dell'Asdrubali. Del trattato del Bigeschi su le emorragie uterine. — III Cenni intorno la storia del parto forzato, e della regola seguita dagli antichi nella cura dei flussi di sangue dall'utero. — Capo 25.° — Della rottura dell'utero e della vagina. — Capo 26.° — Della rottura del perineo e di altre parti. — Capo 27.° — I Dell'eclampsia ed in generale delle convulsioni

-elle donne gravide, nelle partorienti e nelle puerpere. — II Della debolezza generale, delle malattie di cuore, dell'anasarca, ecc. come impedimento al parto. — Capo 28.° — I Della morte della donna gravida e della partoriente; dell'operazione cesarea *post mortem*. — II Del parto provocato artificiale istantaneo del Rizzoli (Parto forzato) per le vie naturali, da sostituirsi all'operazione cesarea predetta; dell'estrazione del feto per le vie medesime nelle gravide moribonde, secondo l'Esterle. — III Considerazioni in proposito. — Capo 29.° — I Cagioni di distocia procedenti dal feto. Presentazioni irregolari; mutamenti di posizione nelle parti presentate. — II Parto per la spalla. Versione ed Evoluzione spontanea. — III Operazioni diverse in tali casi di presentazioni irregolari (Decollazione, Vertebrotomia, Brachiotomia, Estrazione della testa staccata dal tronco, ecc.). — Capo 30.° — I Presentazione simultanea di più parti del feto. — II Malattie e vizj del feto medesimo, che rendono difficile od impediscono il parto. Eccessivo volume del corpo. Cranio soverchiamente inossito. Idrocefalo. — III Ernia cerebrale. Spina bifida. Ascite. — IV Tumori diversi sulla superficie e nell'interno del corpo del feto; tumori caudali e del perineo; altri inchiusi od esteriori di parassiti. — V Mostri per eccesso e per difetto. Mostri doppii. — VI Aderenze del feto all'utero ed alla placenta. — VII Del parto composto. — Capo 31.° — I Cagioni di distocia provenienti dalle parti annesse del feto. — II Funicolo ombellicale, breve, attortigliato, procidente. — III Ritenzione della placenta; assorbimento della medesima; modo di operare quando sia aderente. — IV Placenta incarcerata ed insaccata. — V Parto delle mole. — Capo 32.° — I Del parto pretermesso o mancato. — II Del feto morto.

Sezione 3.ª — Operazioni ostetriche. — Capo 33.° — I Avvertimento intorno alle operazioni. — II Del rivolgimento e della versione (Rivolgimento cefalico). — III Correzioni del modo di presentarsi del feto (Rivolgimento esterno). — Capo 34.° — I Storia ed uso del forcipe. — II Modificazioni ad esso fatte. — III Della leva e degli uncini ottusi. — Capo 35.° — I Cefalotomia, Cefalotripsia, Sfenotresi. — II Eviscerazione, Embriulcia. — Capo 36.° — Della gastroisterotomia. — Capo 37.° — I Della sinfisiotomia. — II Della pubitomia e pelviotomia. — III La sinfisiotomia combinata con altre operazioni. — IV Cenni storici intorno la sinfisiotomia e pubitomia. — Capo 38.° — Parto prematuro artificiale. — Capo 39.° — Dell'aborto provocato.

Parte 3.ª. — Del puerperio e del neonato. — Capo 40.° — I Conseguenze straordinarie e morbose del parto. Emorragie. — II Ecchimosi. Trombi. — III Lacerazioni del perineo e di altre parti. Infiammazione e paralisi della vescica. Gozzo e tiroidite. Ragadi all'ano. — IV Rovesciamento e prolasso dell'utero e della vagina. Prolasso della vescica. Ernia ombellicale. *Fegato ambulante*. — Capo 41.° — I Mutamenti che succedono nel puerperio rispetto alla circolazione del sangue, alla temperatura, alle varie secrezioni ed escrezioni agli organi genitali. — II Ma-

lattie o disposizioni morbose preesistenti, che scemano o dileguansi nel puerperio. — III Altre che continuano o s'aggravano nel puerperio; predisposizioni morbifere di questo stato; malattie e accidenti che ne conseguono (Idrope e Anasarca, Paralisi, Amaurosi, Mania, Eclampsia, Tetano, Convulsioni tetaniche, Malattie di cuore, Morte repentina ed apparente). — Capo 42.° — I Della cosidetta *Febbre puerperale*. — II Di altri morbi febbrili ed inflammatorj delle puerpere.

Parte 4.ª — Del neonato e dell'allattamento. — Capo 43.° — I Dei mutamenti principali nel feto subito che nato (Possibilità della vita senza respirazione. Secrezione del latte). — II Dell'allacciatura del cordone ombellicale. — Capo 44.° — I Dell'allattamento rispetto alla madre ed all'infante. Affezioni e stati diversi delle mammelle (Soppressione del latte; Mastite; Ascessi e tumori delle mammelle; Ragadi de' capezzoli; Galactocele; Febbre lattea; Anomalie della secrezione del latte; Galactorrea; Polimastia; Agalactia). — II Qualità del latte e modo di giudicarne; Metastasi lattee; Malattie delle nutrici; Succedanei del latte; Allattamento artificiale e forzato. — III Cenni intorno le cure necessarie ai bambini. — Capo 45.° — I Morte apparente; Asfissia. — II Apoplessia e cianosi. — III Debolezza congenita; Sclerema; Miosite traumatica. — Capo 46.° — I Di altre malattie ed imperfezioni del bambino di nascita; Vizj della bocca e della lingua; Imperforazione dell'ano, degl'intestini, dell'esofago e dell'uretra; Uraco pervio. — II Ernie e tumori; Cefalo-ematoma; Emorragia ombellicale; Fratture e lussazioni; Rachitide; Deformità delle mani e dei piedi. — III Itterizia; Sifilide; Peritonite.

Conclusione. — Appendice. — Altre aggiunte.

Rendiconto clinico riguardante la Sezione chirurgica dell'Ospitale Civile di Codogno; dal giugno 1868 al 31 dicembre 1876; del chirurgo primario dott. Cesare Stroppa, in 8° di pag. 140, Codogno 1877.

La pubblicazione di un resoconto clinico sia che venga consigliata dal desiderio di farsi conoscere per progredire nella propria carriera, o dal bisogno di giustificare l'antecedente operato o figuri unicamente quale effetto della passione all'arte che si professa, è pur sempre cosa lodevole ed utile. Il pratico infatti, senza pretendere di trovare in simili lavori grandi novità rimane contento quando vi vede sancite massime importanti e possa qua e là spigolare alcuni dettagli che acquistano speciale valore appunto perchè adornano e completano quel corredo di studii che piacerebbe trovare sempre in chi ha, od ebbe, la fortuna di dirigere una divisione ospitaliera.

Ed improntato di tali caratteri si presenta il Resoconto del dottor Stroppa, dal quale non si mancò di stralciare importanti casi (*Ann. Univ. di Medicina*, dicembre 1877, Parte Rivista), ed altri se ne riferiranno. Ci piace frattanto osservare come nel novennio, cui gli ammalati suoi appartengono, il dott. Stroppa abbia avuto solo 75 decessi su 1332 curati

vale a dire il 5,[6 per 0[0 di mortalità in individui non scelti e senza che in quel turno di tempo fosse in voga la medicatura alla Lister, cui, per l'Autore, tennero luogo le intelligenti cure e le assidue medicazioni.

Sc.

VARIETÀ

Monumento ad Alessandro Volta. — Il 28 di questo mese d'aprile nell'Università di Pavia verrà dedicata al sommo Uomo una statua, dono d'un signore Pavese, il cav. Carlo Francesco Nocca. Quella è solennità non per una o per altra classe di scienziati, ma per chiunque attenda agli studj naturali; anzi è solennità di tutti se dalla scienza pura si passi all'applicata: chè niuna scoperta, niun' invenzione, verun concetto o principio dottrinale, verun apparecchio o strumento fu sì largo di applicazioni quanto la pila elettrica; le scienze, le arti, le industrie, i commercj, l'intiera vita civile insomma n'hanno tratto nuovi mezzi d'investigazione, nuovi sussidj, vantaggj e comodità. La scoperta ed invenzione insieme del professore di Pavia appare ogni dì più meravigliosa per ciò che nè il tempo, nè il succedersi delle applicazioni n'hanno esaurita la fecondità; ond'è che non sappiamo se quello che ne potremo ottenere possa esser maggiore del già ottenuto, che è pur tanto.

Noi medici in oltre abbiamo col Fisico di Como speciali obbligazioni: gliele dobbiamo da parte della fisiologia, della patologia e della terapeutica. L'*elettricità animale* e l'*elettro-terapia* erano prima del Volta e della pila; ma se quegli non avesse data questa quale sarebbe oggi l'elettro-fisiologia? Avremmo noi la galvano-caustica, l'elettrolisi? L'elettricità dinamica sorta con le scoperte del Galvani, sarebbesi suddistinta nelle due specie di correnti, le continue e le indotte? Noi dobbiamo pure ricordare che il Volta compose il *piliere elettrico* guardando all'*organo naturale* della torpedine, sicchè egli amava di chiamare il nuovo strumento *organo elettrico artificiale*. Egli stesso poi scendeva a particolari di pratica utilità per la medicina, e scriveva dell'*applicazione dell'elettrico ai sordi muti dalla nascita* « (Annali di Chimica e di Storia naturale, » 1802, XXI, 100), senza per altro trasmodare come altri fece nelle speranze.

E però i medici convenendo alla solennità di Pavia, non solo onoreranno l'Uomo, che tanto onorò la patria, e sì gloriosa ne fece la scienza,

ma renderanno insieme tributo di gratitudine alla memoria di chi potentemente concorse a mostrare gl'intimi legami dei fatti naturali e la comunanza delle leggi, che li governano.

Preparazione del curaro. — Secondo il dott. Jobert gl'ingredienti principali del più potente curaro americano, quello degl'Indiani Tincunas, sono due: 1° l'*urari uva*, pianta arrampicante del tipo delle stricnee, forse lo *Strychnos castelnae* di Weddell; 2° l'*ecko*, o *pani del maraho*, pianta essa pure arrampicante con i caratteri della famiglia delle menispermee, e probabilmente il *Cocculus toniferus* dello stesso Weddell. Ingredienti accessori il *taja* (aroidea), l'*eone* o *mucura-ea-ha Didelphis cancrivora*? amarantacea), tre piante della famiglia delle piperacee forse del genere *Artanthe*, e il *tau-ma-gere* o *lingua di toucan*. Al Calderáo nel Brasile, poco lungi dal confine peruviano, vid'egli fabbricare questo veleno, tutto composto di sostanze vegetali. Raschiata la prima corteccia sottilissima de' rami più grossi dell'*urari* e dell'*ecko*, vennero mescolate le raschiature nella proporzione di 4 parti di quella con una di questa, e poste in un imbuto di foglie di palma. Versatavi sopra acqua fredda, e riversatavi otto volte, il liquido che ne colava finiva per prender colore rosso. Quindi lo si bolliva per 6 ore circa con pezzi di fusto di *taja* e di *mucura* fino a che, fatto denso, vi si aggiungeva la raschiatura delle piperacee. Ribollito, lo si lasciava raffreddare ed allora diveniva spesso come vernice. Lo stesso Jobert, che avrebbe sperimentato separatamente i suddetti ingredienti, trovava di maggior azione l'*urari* e il *taja*, laddove che il *pani* è di effetto meno pronto. « (Comptes rendus de l'Académie des sciences. » Paris 1878, 28 Janvier, pag. 121).

Premj. — *Programma dei concorsi ai premi proposti dalla R. Accademia di medicina di Torino.* — Tema del sesto concorso al premio Riberi di L. 20,000. — *Fisio-patologia del sangue.*

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1.° Sono ammessi al concorso i lavori stampati o manoscritti dettati in lingua italiana, francese o latina.

2.° I lavori stampati devono essere editi dopo il 1876 e saranno inviati in doppio esemplare all'Accademia, franco di porto.

3.° I manoscritti devono essere in carattere intelligibile e rimarranno proprietà dell'Accademia, essendo fatta facoltà all'autore di farne estrarre delle copie a proprie spese.

4.° Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro manoscritto, questo dovrà essere reso di pubblica ragione dallo autore prima di ricevere l'ammontare del premio, ed inviarne due copie all'Accademia. (Il tempo utile per le presentazioni scade addì 31 dicembre 1879).

5.° Siccome sono pendenti delle trattative coll'erede del compianto prof. Riberi per rendere il premio perpetuo, così l'Accademia si riserba

di stabilire il tempo utile in cui le opere dovranno essere inviate alla medesima; ad ogni modo esso non sarà minore di tre anni dall'epoca della pubblicazione del presente programma.

Torino, 1° gennajo 1877.

Olivetti, Presidente.
Giacomini, Segretario generale.

Tema del primo concorso fondato dal sig. prof. Bonacossa di L. 600.

Tema:

Quale scopo devono avere i pubblici Manicomi presso i popoli civili, e quali uffizii possono competere ai medici nella direzione di essi. — Indicare i differenti fini dei Manicomi; far conoscere le condizioni materiali e morali di quelli d' Italia, estendendo, se vuolsi, tali notizie ad Istituti di paesi stranieri, lo che a parità di merito per gli altri riguardi, contribuirà a rendere maggiormente pregevoli gli scritti dei concorrenti.

Le condizioni del concorso sono le seguenti:

1.° I lavori manoscritti, o stampati, dovranno essere presentati all'Accademia con tutto il 31 dicembre 1879.

2.° Saranno dettati in lingua italiana, latina o francese, e rimarranno proprietà dell'Accademia, fatta facoltà agli autori dei manoscritti di farne prendere copia a loro spese.

3.° I lavori stampati dovranno essere editi nel quadriennio 1876-77-78 e 79.

Torino, 30 novembre 1875.

Bruno, Presidente.

Giornali Medici italiani. — Nell'elenco datone a p. 102 (Parte originale) aggiungasi l'*Archivio per le Scienze mediche* pubblicato da due anni a Torino dal prof. cav. Giulio Bizzozero.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. **A. Corradi.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE
del prof. ARRIGO TAMASSIA.

(Da pag. 193 a pag. 229).

I.

Tanatologia.

Hofmann — *I fenomeni cadaverici più importanti dal punto di vista medico-legale.*
Laugier — *Sulle rotture dell'intestino.*
Tarchini-Bonfanti — *Sulle scottature.*
Sander — *Suicidio mediante ferita al cuore.*
Wesch — *Sull'avvelenamento per gaz illuminante e per ossido di carbonio.*
Zuggl — *Morte improvvisa sospetta.*
Boll, Kühne, Schenk — *Sul rosso retinico.*
Pénard — *Sulle ecchimosi sottopleuriche.*
Tamassia — *L'affare di Penge.*
Cazeneuve — *Nuovo metodo per scoprire le macchie di sangue.*
Husson — *Id. Id.*
Reuboldt — *Pulci viventi su vestito di un annegato.*

II.

Identità.

Bellini e Filippi — *Sul colore dei capelli.*

III.

Venere forense.

Brit. Med. Journal — *Durata della gravidanza.*
Schlemmer — *Ricerche sullo sperma umano.*
Delens — *Su alcuni vizj di conformazione dell'imene.*
Brit. Med. Journal — *Imputazione di stupro.*

IV.

Bio-tanatologia dei neonati.

Hecker — *Su un caso di dubbio infanticidio.*
Cuzzi — *Contribuzione alla dottrina dell'infanticidio.*
Hofmann — *Docimasia dell'orecchio.*

V.

Psicopatologia forense.

Motet — *Assassinio commesso da un epilettico.*
Folet — *Disordini psichici derivanti dalla fame.*
Kornfeld — *Sulla pazzia dei delinquenti.*
Ireland — *Idiozia ed imbecillità.*
Tamburini — *Monomania impulsiva da epilessia.*
Tamassia — *Gli ultimi studj italiani sulla imputabilità.*

VI.

Parte formale.

De Crecchio — *L'insegnamento della medicina legale in Italia.*

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dott. G. FLARER.

(Da pag. 230 a pag. 257).

Dürr — *Nuovi tentativi di cheratoplastica.*
Just — *Drenaggio dell'occhio con esito infausto.*
Zehender — *Breve rapporto sulla sezione ottalmologica della 50.ª riunione dei naturalisti in Monaco.*
Michel — *Sopra una cura ortopedica delle paralisi muscolari dell'occhio.*
Schroeter — *Cisti sierosa spontanea dell'iride.*
Niedieck — *Sulla neuritis migrans e sue conseguenze.*
Badal — *Retino-coroidite dovuta alla presenza d' un corpo straniero da quattro mesi fissato sulla congiuntiva palpebrale superiore.*
Id. — *Estrazione della cataratta senza iridectomia.*
Galezowski — *Studj sul distacco della jaloidea.*
Badal — *Focometro.*
Dransart — *Nistagmo dei minatori.*
Warlomont — *Rendiconto della sezione ottalmologica al Congresso periodico internazionale delle scienze mediche di Ginevra.*
Galezowski — *Sopra di un nuovo processo operatorio della trichiasi per mezzo del termo-cauterio.*
Twedy — *Influenza delle instillazioni del gelsemium sull'apparecchio della visione.*
Horner — *Indicazioni e controindicazioni dell'Atropina e del Calabar.*
Taylor — *Nuovo metodo ed efficace per la cura dei casi, così detti incurabili, del simblefaron.*
Ramorino — *Contributo allo studio dell'uso dell'eserina nelle malattie corneali.*

Roosa — *Rapporti della blefarite cigliare coll'ametropia.*
Gayet — *Cauterizzazione ignea della cornea.*
Mascaro — *Nuova cura della congiuntivite granulosa.*
Mac Keown — *Dell'uso della calamita per diagnosticare la presenza del ferro o dell'acciajo nell'occhio e per estrarre questi corpi stranieri.*
Schneider — *Contribuzione alla terapia degli epiteliomi sul bordo corneo-sclerale.*
Laqueur — *Dell'atropina e fisostigmina e loro azione sulla pressione endoculare.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

(Dalla pag. 258 a pag. 277).

Bordier, Chirone, Petrucci e Cantani — *Acido salicilico e salicilati.*
Deval — *Balsamo di Gurjun.*
Gubler — *Caffeina* (*Citrato e bromidrato di*).
Coghill e Robert — *Calcio* (*Cloruro di*).
Bouchardat — *Ferro dializzato.*
Gemmel — *Jodio trapassato per il latte di nutrice.*
Gubler — *Morfina e digitale nelle malattie del cuore.*
Gubler — *Kava* (*Piper methysticum*)*: antiblennorragico.*

BIBLIOGRAFIA.

Corradi — *Dell'ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente* — pag. 278.
Stroppa — *Rendiconto clinico riguardante la Sezione chirurgica dell'Ospitale Civile di Codogno* — pag. 282.

VARIETÀ.

Monumento ad Alessandro Volta — pag. 283.
Preparazione del curaro — pag. 284.
Premj — pag. 284.
Giornali Medici italiani — pag. 285.

RIVISTA DI ANATOMIA

del Prof. G. ZOJA.

Anatomia normale.

Sappey — *Trattato di anatomia descrittiva. Quattro volumi. 3.ª edizione. Parigi 1876-77.*

Idem — *Idem. Prima traduzione italiana sull'ultima francese del dottor Antonio Raffaele. Napoli 1878.*

Pitzorno — *Trattato elementare d'anatomia umana.*

Beaunis e Bouchard — *Compendio di anatomia e delle dissezioni, tradotto da E. Villa.*

Fehling — *Della forma del bacino nel feto e nel neonato, e de' suoi rapporti col bacino dell'adulto.*

Welcker — *Sull'anatomia del legamento terete del femore.*

Gegenbaur — *Sull'esclusione dell'osso pube dalla cavità articolare dell'anca.*

Froriep — *Del muscolo pelliciajo del collo e del suo rapporto coi muscoli inferiori del volto.*

Wolf — *Sull'unione del muscolo col tendine.*

Testleben — *I legamenti sospensori del diaframma nell'uomo.*

Pierron — *Considerazioni sul sistema arterioso del braccio e dell'avambraccio.*

Hoyer — *Sopra lo sbocco immediato di più piccole arterie entro vasi aventi caratteri venosi.*

Chabert — *Memoria sulle vene della faccia e del collo.*

Gerster — *Sui vasi linfatici del testicolo.*

Giacomini — *Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.*

Colombo e Pizzi — *Dati statistici sul peso relativo e specifico del cervello e della vòlta del cranio.*

Pause — *Nervi dell'iride.*

Ercolani — *Sulle errate apparenze macroscopiche che hanno impedito fino ad ora di conoscere l'intima struttura della placenta umana, e sulla unità del tipo anatomico della placenta nei mammiferi e nella donna.*

Hesse — *Sulla conoscenza delle ghiandole cutanee e dei loro muscoli.*

Bermann — *Sulle ghiandole tubulari nelle ghiandole salivali.*

Pagliani — *Sopra alcuni fattori dello sviluppo umano. — Ricerche antropometriche.*

Idem — *I fattori della statura umana.*

Anatomia anomala.

Morselli — *Sulla scafocefalia.*

Amadei — *Cinque casi di divisione anomala dell'osso zigomatico nell'uomo.*

Belluzzi — *Anomalia congenita delle pareti toraciche in un neonato.*

Incoronato — *Alcune anomalie muscolari. — Con una tavola in fototipia.*

Wenzel Gruber — *Sel muscolo radiale esterno accessorio.*

Paganuzzi — *Di una singolare anomalia cardiaca.*

Pitzorno = *Rara anomalia dei rami dell'arco dell'aorta.*

Jurasz — *Una rara anomalia della cartilagine tiroide e della sua unione coll'osso joide.*

Zincone — *Osservazioni anatomiche.*

Anatomia topografica.

Tillaux — *Trattato di anatomia topografica, con applicazioni alla chirurgia.*

Pansch — *Sulla topografia dei reni.*

Anatomia normale.

Traité d'Anatomie descriptive, ecc.; par Ph. C. Sappey. (Troisième edition. Paris 1876-1878. Quattro volumi).

Sappey — che pubblicava la prima edizione del suo Trattato di anatomia in un lungo lasso di tempo, e cioè dal 1852, in cui apparvero i due primi volumi — al 1857 e 1864, nei quali mise alla luce il terzo ed ultimo volume, dal 1867 al 1873 stampava la seconda edizione considerevolmente aumentata di mole e di figure, ed ora pubblica la terza edizione, dividendo tutta l'opera, come fece per l'edizione seconda, in quattro grossi volumi.

I pregi di quest'opera non sono pochi nè piccoli, poichè l'Autore descrive con molta chiarezza ed esattezza le varie parti del corpo umano che gli stanno sott'occhio egregiamente preparate, e le riproduce con numerose figure originali di una singolare limpidezza e verità; sicchè merita d'essere collocata fra i migliori trattati completi di anatomia e che soddisfano alle esigenze moderne dell'insegnamento e della scienza.

Il primo volume: *Osteologia* ed *Artrologia* ha poco di nuovo rispetto allo stesso volume della seconda edizione, tuttavia è certo preferibile per alcune modificazioni circa la parte generale e per il numero

e qualità delle figure, le quali furono portate al numero di 240 da 226, che erano nella seconda edizione; talune sono anche più grandi delle corrispondenti poste alla edizione seconda.

L'articolo che si riferisce al corpo umano in generale, già apparso nell'edizione precedente, è trattato con chiarezza e maestria; però se qui, come altrove, l'Autore si è giovato degli scritti di parecchi autori antichi e moderni, specialmente francesi e belgi, è da lamentarsi che abbia quasi del tutto trascurato di tenere nel debito conto i lavori di Germania ed anche d'Italia, che pur contribuirono recentemente a rischiarare certi punti oscuri della scienza. E così l'Autore non diede prova a' suoi numerosi lettori che la scienza, e però anche l'anatomia, è cosmopolita. È inutile; ormai l'uomo non può più fare tutto da sè, bisogna unire le forze, e guai se vogliamo isolarci!

Il secondo volume comprende la *Miologia* e l'*Angiologia*. Rispetto alla miologia, meno alcune piccole variazioni sui muscoli in generale, non vi sono cambiamenti sensibili di testo a confronto dello stesso volume dell'edizione precedente. Talune figure sono poste in situazioni più adatte e più comode, alcune furono sostituite da altre più larghe e più esplicative.

Assai belle ed opportune appajono le figure che illustrano i muscoli elevatori dell'ano e quelli del Guthrie e del Wilson, già apparse nel volume quarto della seconda edizione.

L'*angiologia* si può dire riprodotta tal quale trovasi nella seconda edizione per ciò che si riferisce al cuore, alle arterie ed alle vene, tanto pel testo quanto per le figure che sono colorate ed assai belle. Non è così però in riguardo ai vasi linfatici, giacchè Sappey, in questa terza edizione, abbandonando le opinioni professate anteriormente circa l'origine dei suddetti vasi linfatici, ammette, appoggiato alle proprie osservazioni ed esperienze, che tra i capillari linfatici ed i capillari sanguigni esista comunicazione per l'intermediario dei così da lui chiamati *capilliculi* linfatici. Questo è il fatto più culminante e nuovo di tutto il volume e forse di tutta l'opera. L'articolo in proposito è illustrato da tre figure, dove sono rappresentate in grande le origini dei linfatici stessi (reti di lacune e di capilliculi, capillari e troncoli). Tali figure sono tolte dall'importante opera *Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques*, ecc., dello stesso autore, edita in parte nel 1874, e della quale è stato già fatto cenno in questo giornale (1). L'Autore aggiunse inoltre a questo volume altre bellissime figure in grande pei linfatici superficiali del piede, per quelli di tutto l'arto addominale, e per quelli delle regioni sottombelicale, pudenda, inguinale e della mano.

Il terzo volume comprende la *Nevrologia* e gli *Organi dei sensi*. Il trattato di nevrologia è esposto con larga estensione, tanto sotto il

(1) Vedi *Annali Universali di Medicina. — Parte Rivista*, 1876, pag. 375 e seguenti.

concetto generale, come nella descrizione delle singole parti. Alcune figure sono meglio disposte che nell'altra edizione, ed alcune altre furono aggiunte opportunamente a rischiarare la configurazione interna del cervello, dell' istmo dell'encefalo e del bulbo rachidiano, approfittando per questi delle belle tavole del Duval, come per altri punti del sistema nervoso l'Autore si giovò delle stupende figure dell'Hirschfeld. Sono pure profittevoli le figure che si riferiscono all'origine apparente e reale del nervo ottico, e dell'origine reale del sesto, del settimo, dell'ottavo, del nono e del decimo pajo dei nervi cranici, delle quali figure difettava l'altra edizione.

L'*estesiologia*, meno alcune modificazioni lievissime, è riprodotta quale era nell'edizione precedente.

Nel quarto volume: *Splancnologia* vi sono ben trattati gli apparecchi della digestione, della respirazione, della secrezione ed escrezione urinaria e della generazione, ma non vi si osservano novità nè modificazioni rilevanti a confronto di quanto è comparso nell'edizione seconda. A terminare l'opera non mancano che alcune pagine sul peritoneo e l'indice dell'ultimo volume.

Trattato di anatomia descrittiva, ecc.; di Ph. C. Sappey. Prima traduzione italiana sulla terza ed ultima edizione francese del dott. Antonio Raffaele. (Napoli, libreria Detken et Rocholl, 1878).

È una traduzione pura e semplice della rinomata opera del Sappey, ma è una traduzione ben fatta, e però meritevole d'essere raccomandata agli studiosi. In essa è conservato il formato dell' edizione francese, i caratteri sono limpidi e belli, la carta è eguale, se non migliore, di quella dell'edizione parigina, le tavole sono identiche e ben riescite.

Sono usciti sette fascicoli che comprendono le generalità dell'anatomia, del corpo umano e delle ossa, ed il principio delle ossa in particolare (tutta al testa e la colonna vertebrale).

Trattato elementare di anatomia umana; del dott. Pitzorno. (Sassari, 1877-78).

Abbiamo sott'occhio i quattro primi fascicoli di questo Trattato, che viene dall'Autore pubblicato mensilmente a Sassari.

Se dobbiamo giudicare da queste prime prove, il lavoro del Pitzorno non è affatto privo di interesse, e può quindi presentare qualche utilità per coloro specialmente che si iniziano al lungo e difficile studio dell'anatomia umana. È a costoro che dall'Autore stesso viene indirizzato il lavoro, in parte foggiato sulle moderne conoscenze, date dai più illustri anatomici contemporanei, ed in parte appoggiato ad osservazioni dirette sul cadavere.

Un atlante di *figure*, di cui vennero a quest'ora pubblicate solo alcune *tavole*, formano il complemento del trattato. Crediamo che anche quelle potranno soddisfare alle prime esigenze dello studioso, almeno su ciò che riguarda le conoscenze fondamentali di anatomia.

Dott. Tenchini.

Beaunis e Bouchard. — Compendio di anatomia e delle dissezioni, tradotto da Enrico Villa. (Milano, Fratelli Dumoulard, 1877).

La traduzione diligente di questo Compendio di anatomia di Beaunis e Bouchard, fatta dal Villa, merita la considerazione del pratico, come quella che in un volume, relativamente ristretto, ci presenta le principali cognizioni anatomiche in un modo esatto, quali possono reclamarsi dalle molteplici contingenze dell'esercizio medico-chirurgico.

I nomi di Beaunis e Bouchard, notissimi alla scienza anatomica, bastano per sè soli a raccomandare l'utilità anche di questa loro opera.

Dott. Tenchini.

Die form des Beckens beim Foetus und Neugeborenen und ihre Beziehung zu dem beim Erwachsenen. (*Della forma del bacino nel feto e nel neonato e de' suoi rapporti col bacino dell'adulto*); del dott. Fehling. (Dalla *Revue des sciences medicales*, n. 18, aprile 1877, tom. IX, 2° fasc. p. 468).

Fehling ha potuto raccogliere 130 bacini appartenenti a feti e a neonati di diverse età, e nella sua *Memoria* si propone di portare qualche utile contributo nella spiegazione dello sviluppo del bacino normale o di quello anomalo.

Il primo punto osseo del bacino non appare che al 3° mese, per modo che resta impossibile studiare la pelvi prima di questa epoca. Al 3° mese esso presenta già la forma ovalare che mantiene nell'adulto, ma la colonna vertebrale non offre alcuna curvatura, e non si può distinguere alcuna modificazione a seconda del sesso. Al 4° mese i punti di ossificazione prendono una notevole estensione, le curvature della colonna vertebrale sono accennate e si vedono apparire le spine postero-superiori. Non è che al 5° mese che, progredendo l'ossificazione delle ossa e accentuandosi la curvatura del sacro, si possono distinguere le differenze che caratterizzano il bacino in rapporto col sesso.

Tutte queste differenze poi vanno sempre più rendendosi manifeste, quanto più ci portiamo verso la fine della gravidanza.

Il bacino del feto differisce da quello del neonato. Nel feto il promontorio non fa sporgenza notevole. Le vertebre superiori del sacro formano colle ultime vertebre lombari una superficie convessa in avanti, di cui il punto più saliente è collocato al disopra dell'area del distretto superiore; ne risulta che la concavità del sacro è situata molto più basso. Al contrario, nel neonato, la curvatura dipendente dalla colonna vertebrale-lombare si raddrizza e la parte superiore della prima vertebra sacrale s'inflette formando un angolo; così la concavità del sacro comincia immediatamente al disotto del promontorio già costituito; il massimo dell'escavazione si fa in alto; la punta del coccige appare relativamente meno saliente.

Tutti questi risultamenti scaturiscono da numerose misurazioni che l'Autore ha voluto presentare ampiamente nella sua memoria.

Nella seconda parte, discute le diverse teorie che si sono messe in campo per ispiegare la forma del bacino nell'adulto, e conchiude che il

peso della colonna vertebrale ha un' azione minima sopra la forma ovalare del bacino, e che, mancando un' altra ipotesi migliore, si è obbligati a considerare questa forma siccome una disposizione congenita.

L'Autore termina il lavoro facendo alcune considerazioni sopra le deviazioni rachitiche del bacino. Dott. Tenchini.

Zur Anatomie der Lig. teres femoris. (*Sull' anatomia del legamento terete del femore*); del dott. H. Welcker. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, n. 9, p. 157).

Welcker asserisce che nell'articolazione coxo-femorale della foca vi ha un legamento terete sessile, analogo al capo tendinoso del bicipite omerale dell'uomo. Inoltre pubblica una serie di misure, dalle quali risulta che nell'uomo il legamento terete dalla nascita fino all'età adulta nel suo diametro trasversale cresce assai meno in proporzione del capo articolare del femore. Dott. Cesaris.

Ueber den Ausschluss des Schambeins von der Pfanne des Hüftgelenks. (*Sull'esclusione dell'osso pube dalla cavità articolare dell' anca*), del dott. C. Gegenbaur. (*Centralblatt für med. Wissen.*, n. 15, p. 260).

Gegenbaur descrive le pelvi di alcuni mammiferi dalle quali risulta che nel rapporto delle tre ossa costituenti l'osso dell' anca (coxale) si ha una tale graduata varietà, che nella formazione della cavità cotiloidea talora prendono parte tutte e tre, talora solamente due, e cioè l' ischio e l' ileo, rimanendone escluso il pube. Fra i casi in cui l' ileo concorre fino per un terzo nel formare questa cavità e quelli in cui esso ne è al tutto escluso, si ha una indefinita graduazione intermedia. In quei casi però, in cui due sole ossa costituiscono la cavità articolare, finora non ne fu trovato uno, in cui fosse affatto escluso l' ileo o l' ischio. Il pube adunque, delle tre ossa, è il più variabile quanto alla formazione della cavità cotiloidea, e la sua partecipazione a questa d'ora in avanti non sarà più considerata come regola generale. In tutte le grandi classificazioni de' vertebrati forniti di bacino perfezionato esiste un fatto più o meno parlante rispetto alla minore importanza del pube nella cavità cotiloidea, di guisa che veri sostegni e mezzi di unione di tutto l' arto inferiore debbano considerarsi l' ileo e l' ischio, e si possa emettere l' ipotesi che in origine la cintura pelvica venga formata soltanto dall' ileo e dall' ischio, o piuttosto da queste due ossa e da un pezzo cartilagineo che più tardi ossificandosi si frappone ad esse. Dott. Cesaris.

Ueber den Hautmuskel des Halses und seine Beziehung zu den unteren Gesichtsmuskel. (*Del muscolo pellicciaio del collo e del suo rapporto coi muscoli inferiori del volto*); del dottor A. Froriep. (*Arch. für Anat. und Physiol.*, 1877, 1 Heft. Leipzig).

L'Autore si propone di rischiarare questo punto di anatomia secondo lui finora poco studiato. A meglio raggiungere questo scopo descrive dapprimo tre varietà da lui trovate, quindi quelle già esistenti nella letteratura medica, in seguito spiega il significato delle varie anomalie, infine dà uno sguardo all'anatomia comparata.

1.ª Varietà. — Cadavere d'un uomo robusto di 50 anni; a destra il pellicciaio del collo è semplice, varca la linea mediana in corrispondenza della laringe e si continua nel triangolare del mento di sinistra; il triangolare del mento e il risorio del Santorini sono normali; manca il trasverso del mento. A sinistra il pellicciaio è disposto a due strati; il triangolare proviene dal pellicciaio di destra; non esiste risorio.

2.ª Varietà. — Cadavere d'un uomo robusto di 30 anni; continuazione del pellicciaio di destra nel triangolare di sinistra; pellicciaio di sinistra disposto a due strati, incrociamento dei pellicciai.

3.ª Varietà. — Cadavere di un uomo robusto di circa 50 anni. Pellicciai affatto normali meno che il loro incrociamento è profondo e bilaterale, manca la disposizione a due strati.

Due fatti principali fa rilevare l'Autore in queste tre varietà; il profondo incrociamento dei pellicciai colla loro continuazione nei triangolari del lato opposto, trovato in tutte e tre; la loro disposizione in due piani trovata in due. Espone poi le varietà ricavate dalla letteratura medica e specialmente quelle di Humphry, Santorini, Henle e Wood. Passando quindi a varie considerazioni morfologiche, dice che già da molto tempo si ritiene non essere il quadrato del mento che una continuazione del pellicciaio della stessa parte, malgrado che esso in parte o in totalità origini dal mascellare inferiore. Ora dalle suddescritte varietà all'Autore pare risulti la stessa cosa anche per il triangolare, colla sola differenza che quest'ultimo proverrebbe del pellicciaio del lato opposto; per cui esso deduce che i muscoli quadrato, elevatore e triangolare del mento non sono che porzioni del pellicciaio del collo, il quale passa così al volto. L'elevatore soltanto cambia la sua condizione d'origine, poichè, dopo d'essersi inserito colle sue fibre al mascellare inferiore, si retroflette in basso, diventando così *elevatore*, mentre tutto il resto del muscolo originario resta *abbassatore* del labbro inferiore. Ad appoggio di questo suo modo di vedere l'Autore cita due altre osservazioni, fatte in cadaveri con muscolatura affatto normale, in cui l'incrociamento delle fibre del pellicciaio, ricoperto da un muscolo trasverso del mento molto sviluppato, si faceva palese dopo il taglio di questo. È poi da notarsi che dove è manifesto l'incrociamento dei pellicciai è poco spiccato il muscolo trasverso del mento e viceversa; dal che l'Autore dedurrebbe non essere questo muscolo trasverso che il prodotto di quelle fibre d'incrociamento che si fondono insieme, unendo così i due triangolari. Oltre l'incrociamento l'Autore ha notato la disposizione dei pellicciai a due strati; di questa disposizione egli crede essere una traccia nei casi normali il muscolo risorio del Santorini, che esso vuole appunto sia considerato come uno strato superficiale del pellicciaio che ha raggiunto il suo completo sviluppo e non più quale un capo trasversale del muscolo triangolare, come voleva Henle. Conchiudendo l'Autore considera le varietà da lui trovate quali forme di passaggio di una disposizione originaria più schematica verso una completa individualità delle singole parti

componenti l'assieme di questa complessa muscolatura; e da alcune ricerche di anatomia comparata da lui fatte in proposito nel cane, nel gatto, nella scimia deduce che nelle sopra descritte varietà si ritrovano i tratti caratteristici che esistono in certi animali. Dott. CESARIS.

Ueber den Zussammenhang des Muskels mit der Sehne. (*Sull'unione del muscolo col tendine*); del dott. W. WOLF. (Diss. Berlin 1877, n. 40, p. 733).

Nella prima parte del suo lavoro Wolf cita l'opinione dei varii autori sul modo d'unione del muscolo col suo tendine. Le ricerche poi dall'Autore fatte nei gastronemii e nei platisma-mioidi della rana lo condussero ad ammettere che il sarcolemma passa senza interruzione dal muscolo nella sostanza tendinosa, che il primitivo fascetto muscolare, oltre che per il sarcolemma, è unito al tendine per del tessuto connettivo avvoltolato, ma che la sostanza contrattile non ha mai una vera continuazione col sarcolemma e colla sostanza tendinea.

Con questi risultati si accordano pienamente i dati delle ricerche embriologiche. L'Autore ha tenuto dietro allo sviluppo dei muscoli negli embrioni delle trote, dei topi, dei porci e ha sempre veduto :originare per cellule speciali da una parte la sostanza contrattile, dall'altra il sarcolemma, il tendine e il tessuto connettivo intermuscolare.

Dott. CESARIS.

Die ligamenta suspensoria diaphragmatis des Menschen. (*I legamenti sospensori del diaframma dell'uomo*); von doct. E. v. TEUTLEBEN. (*Archiv für Anat. und Phys.*, Leipzig, IV, V. fascicolo).

L'Autore, dopo aver premesso che nell'abbassamento inspiratorio del diaframma, è specialmente la porzione periferica o muscolare che si abbassa, mentre il centro tendineo scende ben poco (fatto dimostrato e dalle vivisezioni e dalla patologia), incomincia a investigare le condizioni speciali di questa relativa fissità del centro tendineo, stante che, a sua saputa, nei trattati di anatomia e fisiologia non si trova accennato un apparato speciale. Il legamento sterno-pericardico superiore (Luschka) può indirettamente favorire una certa immobilità del centro tendineo; la pagina parietale del pericardio, saldamente adesa al centro tendineo in basso e in alto all'avventizia de' grossi vasi e per questa indirettamente al foglio profondo della fascia colli, potrà pure avere qualche azione analoga; il pericardio ancora, che lateralmente e in parte anche anteriormente aderisce alle pleure, le quali per la loro pagina parietale sono fisse al torace, agirà forse un pochino in questo senso; le pleure aderenti col loro foglietto mediastinico alla radice o ilo del polmone, che è quasi immobile nei movimenti respiratorii, dovrebbero contribuire ancora alla fissazione del centro tendineo; ma un vero apparato legamentoso *ad hoc* l'Autore dice che non fu accennato da alcuno, se non se dal Bérand, il quale considera come tale le porzioni fibrose del pericardio. Di questa cognizione però l'Autore non ebbe sentore che quando era già al termine del suo lavoro. Ecco come esso procedette nelle sue

investigazioni. Sospeso a dovere un tronco di cadavere, da cui furono levati i visceri e le pareti addominali, onde mettere bene allo scoperto il diaframma, e aperto con due tagli praticati negli spazii intercostali superiori il torace, lo riempì d'acqua; allora la porzione periferica o muscolare del diaframma si abbassò di molto, il centro tendineo soltanto da 1 1|2 a 2 centimetri. In seguito attraverso i tagli praticati superiormente, recise trasversalmente con un coltello tutte le parti molli esistenti fra la colonna vertebrale e lo sterno, specialmente quelle immediatamente addossate alla colonna vertebrale, il centro tendineo si abbassò di altri 2 centimetri. Da ciò l'Autore deduce: 1° per un peso sovrapposto al diaframma il centro tendineo, sebbene di poco, però si abbassa; 2° col taglio delle parti molli poste fra la colonna e lo sterno vengono tolte di mezzo delle forze che tengono fisso lo stesso centro tendineo. Ora che l'adesione del centro tendineo al pericardio, e quindi indirettamente per la pleura all'avventizia, de' grossi vasi, abbia grande azione a questo scopo l'Autore non lo crede per questo specialmente che, in tal caso, bisognerebbe ammettere che questi grossi vasi fossero soggetti a un continuo stiramento. Il debole legamento sterno-pericardico del Luschka può agire solo debolmente e sulla parte anteriore del diaframma. L'Autore nelle sue ricerche anatomiche avrebbe trovato un vero apparato sospensore. Esso leva dapprima dal torace i polmoni e le coste, taglia la trachea e l'esofago all'altezza delle ultime vertebre cervicali e li stira fortemente in avanti; nel lasso tessuto connettivo che unisce questi organi alla fascia prevertebrale, e propriamente nelle sue due robuste porzioni laterali sta la parte superiore del legamento sospensore del diaframma il quale consisterebbe in due tratti tondeggianti foggiati a corda (rundliche, strangförmige Züge) che risaltano subito all'occhio sui lati di questo lasso tessuto connettivo. L'origine di questi fasci fibrosi sulla colonna si estende spesso in alto fino alla 4ª vertebra cervicale, in basso fino alla 4ª o 5ª dorsale. Da questa inserzione il fascio destro con una porzione superficiale abbraccia l'arteria anonima e passa poi nel pericardio; con una porzione profonda si addossa all'esofago e alla trachea, quindi va alla radice o ilo del polmone, aderendo al tessuto connettivo peribronchiale. Dal basso poi sale un identico fascio fibroso, che, originando precisamente dal contorno del foramen quadrilaterum del diaframma, si addossa al pericardio e giunge all'ilo del polmone, dove in parte aderisce al margine inferiore dell'ilo stesso in parte si perde sul suo contorno anteriore. A sinistra il fascio fibroso si divide pure in due, il superficiale passa al davanti dell'aorta tra la carotide e la succlavia e si perde nella pagina esterna del pericardio; il profondo passa dietro l'arco dell'aorta, scende e si suddivide in due fascetti, di cui uno si salda all'ilo del polmone, l'altro va al foglio fibroso del pericardio. Anche a sinistra dal centro tendineo parte una striscia legamentosa (ein fasciöser Streifen) che, aderendo al pericardio, sale all'ilo polmonare; questa però è meno sviluppata che a destra.

Questo apparato legamentoso bilaterale, distinto in superiore e inferiore, costituirebbe il legamento sospensore del diaframma, che l'Autore proporrebbe di chiamare legamento *frenico-vertebrale*; oppure, distinguendolo in due porzioni, la superiore legamento *vertebro-polmonare-pericardico*, l'inferiore *frenico-polmonare*. La memoria è corredata di tre accurate figure dimostrative. Dott. CESARIS.

Considérations sur le système artériel du bras et de l'Avant-bras; del dott. A. PIERRON. (Thèse pour le docturat en medecine soutenne le 29 mai 1876, Paris 1876).

Le ricerche anatomiche e le considerazioni che l'Autore fa sull'argomento, di che lo occupa l'attuale memoria, sono vaste ed importanti, ma tutte improntate a quelle che, in un lavoro speciale, esponeva il nostro Giacomini nel 1874 (V. Giacomini. *Della prematura divisione dell'arteria del braccio.* Torino 1874) (1). Le conclusioni sono, in generale, ancora le medesime, per modo che accettate, con poche differenze le *divisioni* nei *tipi* che il Giacomini aveva fatto delle molteplici anomalie, anche Pierron trova di poter ampiamente confermare il fatto. In ciò non v'ha certo lieve pregio; giacchè meritano sempre grande considerazione anche quelle ricerche che tendano in alcuna maniera a verificare o a modificare quello che da altrui fosse prima stato scritto.

L'Autore comincia col premettere alcune *riflessioni* sulle anomalie arteriose in generale. Constata la frequenza delle anomalie nell'arto superiore; discorre dell'*arteria principale* di questo medesimo arto, accompagnandola da uno schizzo embriologico, e finalmente entra a stabilirne i *tipi*. Fa di questi un tipo *radiale*, un altro *cubitale*, un terzo *radio-cubitale*, un quarto *mediano*, un quinto *radio-mediano* ed un sesto *cubito-mediano*.

Finalmente tratta delle *anomalie dell'arteria interossea*, entrando in alcune considerazioni tanto anatomiche che pratiche, e chiude la Memoria con 11 Tavole litografiche illustrative, e con una *bibliografia*, inerente al soggetto trattato. Dott. TENCHINI.

Ueber unmittelbare Einmündung kleinster Arterien in Gefässe venösen Characters. (*Sopra lo sbocco immediato di più piccole arterie entro vasi aventi caratteri venosi*); del dott. HOYER. (*Arch. f. mikr. Anat.*, Bd. XIII, 3 Heft. — Dal *Journal de l'Anatomie et de la physiologie*, ecc. Paris 1877, n. 4, p. 431).

L'ipotesi di una comunicazione diretta delle arterie colle vene, senza interposizione di capillari, ha sollevato un grande numero di controversie da una quindicina d'anni ad oggi, in seguito soprattutto ad una *Memoria* di Sucquet (2).

(1) Di questo lavoro fu fatto cenno in questo *Giornale* (1875, Anno 7.°, a p. 333).

(2) V. Sucquet. « D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme. » Paris 1862.

Hoyer ha cercato di risolvere la questione per mezzo di un metodo istiologico preciso. Rimandando il lettore al *testo* per tutte quelle considerazioni storiche e critiche contenute nella *Memoria*, noi ci limiteremo qui ad esporre sommariamente i processi messi in uso, e i risultamenti ottenuti dall'Autore.

Avendo egli trovato che alcune iniezioni poco penetranti, pure arrestandosi di solito alle origini della rete capillare, ritornano per le vene in certe regioni del corpo, senza che per ciò i capillari ne vengano iniettati, fu condotto a cercare delle anastomosi dirette fra il sistema arterioso ed il venoso. Hoyer impiega per questo scopo un mezzo, consistente nel colorare dapprima i vasi, e nello spingere di poi in essi una iniezione poco penetrante. Ad ottenere ciò si comincia dal fare una prima iniezione con una semplice di carminio, il quale colora la parete dei vasi, e poi una seconda iniezione gelatinosa col bleu di Prussia. Le parti vengono in seguito indurite con una miscela di alcool e di acido acetico (4 : 1), poi tagliate a pezzi, che si mettono nel balsamo di Damar.

L'Autore ha potuto così vedere, in più regioni dell'economia, delle arteriole scaricarsi direttamente entro rami venosi. Nel coniglio egli ha confermato questo fatto nell'orecchio, nell'estremità del muso, nelle dita, nell'estremità della coda ed entro i corpi erettili delle parti sessuali. Nell'uomo non l'ha potuto fare evidente che nelle mani, ne' piedi e ne' corpi cavernosi.

Questo metodo permette di distinguere assai nettamente le tonache dei vasi. Le anastomosi fra le arterie e le vene sono manifeste per lo sviluppo differente dello strato muscolare. Non vi ha alcuna transizione; i due vasi s'imboccano direttamente, conservando ciascuno la sua struttura caratteristica fino al punto di contatto. A partire da questo punto la cavità vascolare aumenta leggermente di diametro.

L'Autore ha in seguito cercato di confermare questi primi risultamenti con un altro metodo, che consiste nel delimitare l'epitelio dei vasi coi sali d'argento.

A questo scopo egli inietta direttamente nel sistema arterioso una soluzione di nitrato doppio d'argento e di ammoniaca (0,50 a 0,75 per 100) a cui fa seguire di solito una soluzione concentrata di gelatina. Questo processo, molto più dimostrativo che il precedente, mostra assai bene le anastomosi dirette fra le vene e le arterie nel coniglio, nell'estremità della coda del gatto, ed infine nelle mani e nei piedi del fanciullo.

Questi risultamenti sono stati inoltre confermati da iniezioni fatte col mezzo di una soluzione alcoolica di gomma lacca sopra il cane, il gatto, il porcellino d'India, il porco, ed infine sul cadavere umano.

Noi non possiamo qui riprodurre i dettagli relativi alle differenti regioni che presentano queste comunicazioni artero-venose. La disposizione fondamentale è dovunque la medesima, e le figure annesse alla *Memoria* fanno rilevare a prima vista tutte le particolarità.

Nel riassunto fisiologico che fa seguito all'esposizione delle sue ri-

cerche, l'Autore accorda a queste anastomosi il valore di una circolazione derivativa, destinata ad evitare le grandi perturbazioni nel corso del sangue. Ma non accorda loro, come fece Sucquet, un'importanza generale, e crede che la loro influenza non possa farsi sentire che in regioni assai limitate, e che essa non potrà mai estendersi all'insieme del sistema circolatorio. La loro presenza servirebbe soprattutto a ripartire egualmente la pressione sanguigna e la calorificazione nelle parti corrispondenti. Hoyer raccomanda vivamente, per queste specie di ricerche, l'impiego del microscopio binoculare, che permette, in virtù del *rilievo*, di orizzontarsi facilmente nelle reti vascolari un po' complicate.

Infine l'Autore ha riunito in un capitolo speciale, sotto il titolo: *Beiträge zur anatomischen und histologischen Technik*, alcune indicazioni pratiche sopra il metodo da lui seguito nelle sue iniezioni.

Dott. TENCHINI.

Mémoire sur les veines de la face et du cou; del dott. L. CHABERT. (Paris G. Masson, 1876. Dalla *Revue des sciences médicales*, tom. IX, 2° fasc., aprile 1877, a p. 460).

Scopo di questa *Memoria* si è quello di descrivere esattamente il sistema venoso sì della testa che del collo, e di assorgere così, dalle considerazioni anatomiche, ad alcune utili applicazioni pratiche.

È un breve, ma interessante lavoro, corredato di belle Tavole in cromolitografia, dove si nota mantenere le vene nella parte anteriore del cuojo capelluto un tragitto superficiale, ed un cammino inverso nella parte posteriore, tanto che all'avanti le arterie sono sottoposte, e all'indietro sono invece collocate al disopra delle vene.

In quanto alla faccia osserva Chabert che quivi possono ben distinguersi tre plessi venosi principali, da lui chiamati l'uno *labiale superiore*, l'altro *labiale inferiore* ed il terzo *mirtiforme*. Tutti comunicano ampiamente fra di loro e si scaricano nella vena facciale e nella giugulare interna. Di qui alcune considerazioni pratiche inerenti alle malattie che colpiscono le labbra.

Quanto alla vena giugulare esterna, essa riceve il sangue da tre altri plessi, il *pterigoideo*, cioè, il *glenoideo* ed il *masseterino*, e ciascuno di questi tre plessi viene a stabilire delle relazioni fra il dominio della giugulare interna e quello della giugulare esterna. Dott. TENCHINI.

Ueber die Lymphgefässe des Hodens. (*Sui vasi linfatici del testicolo*); del dott. R. GERSTER. (*Zeitschrift für Anatomie und Entwickelungs*, II, p. 36. — Dalla *Revue des sciences médicales*, tom. IX, 2° fasc. p. 458).

In questa Memoria l'Autore si propone di dimostrare che i vasi linfatici del testicolo formano una rete completamente chiusa, avente una membrana propria, e per nulla comunicante col tessuto interstiziale. Così può riassumersi la parte originale degli studi fatti da Gerster. Ad altri vedere quanto vi sia di vero nell'annunciata speciale disposizione anatomica. Dott. TENCHINI.

Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo; del dottor Giacomini. (Torino 1878).

Il lavoro attuale dell'Autore riassume tutto quanto v'ha di ben definito e sicuro nella scienza anatomica circa il difficilissimo argomento delle circonvoluzioni cerebrali. Vi troviamo raccolti quindi tutti i concetti che ci hanno lasciato e ci lasciano in proposito i migliori anatomici di tutti i paesi da Rolando, a Lussana, a Calori, ecc., ecc. Come tale diventa molto utile l'attuale opera del Giacomini; ma dove, secondo noi, essa acquista un altro merito è nella parte che si riferisce alle *sinonimie*, perchè, con questa importante aggiunta, anche l'intricatissimo studio ed il difficile intendimento della disposizione delle circonvoluzioni cerebrali, restano d'assai agevolati.

L'Autore poi nella esposizione è chiarissimo sempre, e là dove il nome di una circonvoluzione o di una scissura non gli sembri opportuno, cerca di sostituirne un altro, il quale o risponda ad una maggiore chiarezza, o richiami il nome dello scopritore, che sia stato dagli scienziati ingiustamente dimenticato. Su questo proposito trova troppo spesso obliati i nostri molti benemeriti ed illustri italiani.

Giovano anche ad accrescere pregio al lavoro le *tavole* illustrative intercalate nel testo, tanto che lo scritto del Giacomini riesca, sotto ogni riguardo, una bella e buona monografia. Dott. Tenchini.

Dati statistici sul peso relativo e specifico del cervello e della volta del cranio; dei dottori Colombo e Pizzi. (Milano 1877).

Le ricerche che gli Autori offrono nella presente *Memoria* sul peso specifico e relativo del cervello e della volta cranica, tendono a verificare, a rettificare e a completare altre che già furono fatte in argomento da vari osservatori, quali Musschenbroek, Haller, Soemmering, Desmoulins, Tourdes, ecc.

Fatte coll'areometro di Nicholson, su larga scala, e a seconda di varie condizioni individuali in rispetto principalmente all'età, al sesso, e alle malattie, presentano il massimo rigore scientifico, cui si sia fino ad oggi sul proposito potuto toccare, e sono, sotto questo riguardo, pregevoli, perchè conducono a risultamenti di una relativa grande esattezza.

E tali risultamenti che s'accordano, in generale, con quelli ottenuti dai precitati Autori, sono preziosi, perchè da essi scaturiscono e potranno scaturire delle conseguenze importanti, tanto in linea puramente scientifica, quanto in linea pratica.

Alcune *tavole* intercalate, e disposte in ordine assai chiaro, rendono maggiormente evidenti i corollari dedotti, e relativi alle diverse accennate condizioni individuali.

È a desiderarsi che gli studj iniziati dagli Autori vengano continuati, e portati anche su altre parti del sistema nervoso, o su altri organi del corpo umano. Dott. Tenchini.

Nerven der Iris. (*Nervi dell'iride*); del dott. C. H. Pausë. (*Centralblatt f. med. Wissens.*, n. 51, p. 934).

Il contenuto dell'iride rispetto alle fibre nervose midollate varia assai nelle diverse classi e specie di animali, e pare stia in diretto rapporto collo sviluppo della muscolatura e specialmente del muscolo orbicolare dell'iride. Ricchissima di queste fibre è l'iride dei volatili (oca, anitra, piccione); poi, in ordine decrescente, vengono la capra, il porco, la pecora, il bue, quindi il coniglio, finalmente l'uomo. La distribuzione loro offre nessuna costanza nei singoli animali; è però costante il fatto che queste fibre nervose sono al sicuro dalla lacerazione, nei varii stadii di contrazione del muscolo sfintere. Nei mammiferi e nell'uomo le più grossolane espansioni di queste fibre stanno in uno strato di tessuto connettivo, sotto l'endotelio della superfice anteriore dell'iride, e hanno dietro a sè i grossi vasi. Nei volatili i nervi sono tra il muscolo e i vasi. La disposizione anatomica di queste fibre nervose non fornisce veruno schiarimento sul loro carattere motorio, sensibile o secernente.

Dott. Cesaris.

Sulle errate apparenze macroscopiche che hanno impedito fino ad ora di conoscere l'intima struttura della placenta umana e sulla unità del tipo anatomico della placenta nei mammiferi e nella donna; del dottor Ercolani. (Lezione orale detta nella R. Università di Bologna il 10 dicembre 1876, Bologna 1877).

In questa dotta *Memoria* l'Autore vuole perentoriamente dimostrati i seguenti punti principali, relativi all'anatomia e alla fisiologia della placenta:

1.° Che la placenta è un organo di neoformazione, e non, come vuolsi da molti, una semplice modificazione della mucosa uterina.

2.° Che nella placenta si sviluppa uno strato particolare, detto *ghiandolare*, a *follicoli*, secernenti un umore particolare atto alla nutrizione del feto, e ciò avvenire in tutte le femmine dei vertebrati.

3.° Che quindi è unico il tipo anatomico della placenta, come lo è il modo con cui resta nutrito il feto nell'alvo materno.

4.° Che sono erronee le teorie tutte invocate sul proposito, e massime quella della *osmosi*, sostenuta da molti illustri scienziati.

Attorno a questi cardini principali si svolgono le eruditissime ed acutissime osservazioni dell'Ercolani, fatte su larga scala, e confortate da grande numero di fatti.

La Memoria è accompagnata da figure litografiche colorate, ciò che rende sempre più pregevoli le presenti ricerche, sotto molteplici rapporti importantissime.

Dott. Tenchini.

Zur Kenntniss der Hautdrüsen und ihrer Muskeln. (*Sulla conoscenza delle ghiandole cutanee e dei loro muscoli*); del dott. Hesse. (*Centralblatt f. med. Wissens.*, n. 10, p. 186).

Il muscolo sollevatore del pelo (arrector pili) forma un piccolo ripiano un po' concavo, che nasce da 3 o 4 bulbi piliferi con altret-

tante piccole propagini e alla sua estremità superiore finisce con 3 o 4 altri lembetti. Nella sua contrazione questo muscoletto agisce specialmente come spremitore del sebo (expressor sebi). Nelle ghiandole ascellari si vede che le cellule muscolari giacciono tutte tra l'epitelio della ghiandola e uno strato omogeneo molto risplendente, che separa la ghiandola stessa dal tessuto connettivo, e che si può ritenere come membrana propria.

Al cuoio capelluto degli adulti la formaziane dei nuovi peli e delle ghiandole sebacee avviene precisamente come nell'embrione, cioè col solidificarsi degli elementi epiteliali della superfice inferiore del reticolo malpighiano, senza partecipazione della guaina del pelo vecchio.

Dott. Cesaris.

Ueber tubulöse Drüsen in den Speicheldrüsen. (*Sulle ghiandole tubolose nelle ghiandole salivali*); del dott. J. Bermann. (*Centralblatt für medic. Wissenschaften*, n. 5, p. 897).

Nella ghiandola sottomascellare, adiacente a uno dei suoi più grossi condotti, si trova rinchiusa una ghiandola tubulosa composta, i cui canali decorrono avvolgendosi più volte l'uno attorno all'altro. Questa ghiandola tubolosa e per l'epitelio, e per la sua disposizione e per il contenuto de' suoi canali si distingue essenzialmente dal restante parenchima ghiandolare, e sta in connessione col dotto wartoniano. Si tratta qui adunque di un organo sui generis, la cui secrezione si confonde con quella della rimanente ghiandola acinosa. Queste ricerche anatomiche furono fatte nella ghiandola sottomascellare del coniglio; però l'Autore potè dimostrare quest'organo anche nell'uomo. Esso si riserva di darne più estesa relazione. Questa nota del Bermann richiama le belle ricerche in proposito fatte dall'Asp e dal Pflüger. Dott. Cesaris.

Sopra alcuni fattori dello sviluppo umano. Ricerche antropometriche del dott. L. Pagliani. (Stamperia reale di Torino 1876).

L'Autore in questa sua Memoria, si propone la soluzione di alcuni problemi che riguardano le cause che possono o favorire, o ritardare lo sviluppo dell'organismo umano. Simili ricerche erano già state, assai prima di lui, fatte anche da molti altri, e massime da Quetelet, i risultamenti del quale godono sul proposito presso gli scienziati, anche oggi, una grande autorità. Ora col presente lavoro il Pagliani tende a rettificare, colle proprie osservazioni, alcune deduzioni fatte da Quetelet.

A questo scopo l'Autore iniziava i suoi studi mettendo ad esame tutti i giovani, orfani od abbandonati dai loro parenti, che fin dal 1872 vennero accolti nel filantropico Istituto della colonia agricola che prende il nome dal Bonafous, suo fondatore.

Incaricato il Pagliani della sorveglianza sanitaria in quell'Ospizio, egli ebbe cura di tener conto, di ciascun *ricoverato*, del peso totale del corpo, dell'età, della statura, della circonferenza del torace, della capacità vitale, e della forza muscolare. Esamina diligentemente tutte queste particolarità, e ne segue di ciascuna le variazioni attraverso ad alcuni

anni, stabilendo così molteplici raffronti, resi chiari da opportune *tavole*, distinte a seconda di tutte queste accidentalità.

Con questo corredo di risultanze statistiche il Pagliani poi studia in successivi capitoli: 1.° *l'influenza delle condizioni infelici di vita sullo sviluppo fisico dell'uomo;* 2.° *l'influenza del miglioramento di vita sopra organismi prima cresciuti sotto infelici circostanze*, annettendo, anche per questo argomento speciale, *tavole* illustrative e spesso in raffronto coi dati forniti dal Quetelet; 3.° *l'influenza delle più favorevoli condizioni di vita sullo sviluppo fisico umano;* 4.° *il rapporto fra lo sviluppo fisico del sesso maschile e del femminile sotto condizioni di vita diverse;* e 5.° finalmente *l'attività di sviluppo fisico negli anni che precedono e seguono lo stabilirsi della pubertà nei due sessi, sotto influenze speciali.*

I singoli argomenti sono trattati tutti con chiarezza d'esposizione e con rigore di ragionamento scientifico. È inspirato l'Autore sempre nel suo lavoro a' concetti altamente umanitari, e tali che, se per le osservazioni accurate fanno dello scritto del Pagliani un lavoro pregevole, per l'intendimento poi lo rendono anche utilissimo, giacchè conchiude mostrando essere *fattori essenzialissimi dello sviluppo fisico umano ad un tempo le condizioni igieniche di vita e di nutrizione ed il lavoro muscolare. Soffre nel suo fisico sviluppo l'organismo*, egli continua, *se, durante il suo crescere, viene sottoposto ad un lavoro muscolare molto attivo, mentre che lo si conforta con un nutrimento troppo scarso; ma soffre pure quando le migliori condizioni di nutrizione non vanno accompagnate da corrispondente attività de' suoi muscoli.*

Due Tavole litografiche schematiche chiudono la *Memoria*, l'una delle quali rappresenta le *curve dello sviluppo dell'organismo umano in peso*, e l'altra le *curve dello sviluppo dell'organismo umano in statura.*

Dott. Tenchini.

I fattori della statura umana; del dott. L. Pagliani. (*Estratto dall'Archivio di statistica*, Roma 1877).

L'Autore in questa *Memoria*, sulla base di una serie di dati statistici da lui raccolti, studia le cause che meglio influiscono a determinare la statura nell'uomo, e vuole sul proposito dimostrato *esistere costanti e diretti rapporti fra l'incremento della altezza personale e le diverse condizioni di esistenza del fanciullo e dell'adolescente.* Per assorgere a tale deduzione il Pagliani, oltre che dei suoi, fa tesoro anche dei dati offerti dalla statistica militare di leva, e la Memoria è perciò corredata di molte ed interessanti Tavole, concepite e redatte sotto molteplici e svariati punti di vista.

Con questo lavoro l'Autore cerca d'abbattere l'opinione generale, accettata fino a questi ultimi tempi, e sostenuta, fra gli altri, anche da Quetelet e Villermè, secondo la quale lo sviluppo della statura dell'individuo sarebbe in rapporto diretto colla robustezza fisica, e l'una e

l'altra condizione poi a lor volta prodotte dall'alimentazione più o meno sana ed abbondante e dal grado di agiatezza della vita.

La questione non è ancora risoluta; ed il Pagliani, che si accorda colle sue alle idee dei moderni, porta certamente col presente lavoro, sul terreno scientifico, un utilissimo contributo. TENCHINI.

Anatomia anomala.

Sur la scaphocéphalie; par le doct. ENRICO MORSELLI. (Extr. *des Bullettins de la Société d'Anthrop. de Paris*. Paris, 1875).

L'Autore in questa Memoria, sotto forma di lettera diretta al presidente della Società antropologica di Parigi, espone la sua speciale opinione sulla genesi della scafocefalia. Con molto acume, dimostra erronee le varie teorie fin qui fornite da Baer, da Calori, da Virchow, da Velcker, dal Davis, da Schröde, ecc., e propugna validamente la sua dottrina, secondo la quale la scafocefalia sarebbe principalmente dovuta al fatto dell'essersi manifestati i due punti d'ossificazione, propri ai due parietali, anzichè nel centro di queste ossa, assai vicini alla linea mediana del corpo. Con questa aberrazione, per così dire, nel *processo osteogenetico* Morselli spiega tutte infatti le condizioni che sono inerenti alla scafocefalia, in modo semplice, chiaro, esatto, senza dover ricorrere alla ammissione di un *processo patologico*, mediante il quale (come volle Virchow) nello scafocefalo si sarebbero previamente infiammati i margini della sutura sagittale.

È una erudita Memoria, e piena di profonde osservazioni, anche perchè eseguito sopra buon numero di fatti. TENCHINI.

Cinque casi di divisione anomala dell'osso zigomatico nell'uomo; del dott. G. AMADEI. (Lettera al prof. C. LOMBROSO. Pavia febbraio 1877).

Le anomalie nell'osso zigomatico raccolte, ed ora rese pubbliche dall'Amadei, vennero trovate fra i crani che fanno parte dell'Ossario di Solferino. L'Autore è già noto per altre varie osservazioni sopra argomenti affini desunte della stessa ricca e preziosa *Raccolta*, e, come tutte, anche le attuali ricerche sono importanti, massime per le deduzioni scientifiche che per avventura potesse cavarne l'antropologia.

L'Autore lascia ad altri il còmpito di considerazioni collaterali, di cui già analogamente trattarono in questi nostri ultimi tempi, fra gli altri, il Garbiglietti, il Nicolucci, il De-Lorenzi, il Calori, il Morselli, il Mantegazza; solo si limita a descrizioni anatomiche, che sono del resto accurate, diligenti e precise. TENCHINI.

Anomalia congenita delle pareti toraciche in un neonato; del dottor CESARE BELLUZZI. (*Bullettino delle scienze mediche*, Bologna 1877, Fasc. luglio-agosto.

Il dott. Belluzzi presentò all'Accademia di Bologna un bambino vivente, che offriva al lato destro del torace, nella sua parte anteriore, un

tratto della grandezza di un uovo di gallina, nel quale mancavano le parti dure, per cui quel tratto si alzava e abbassava molto più delle parti circostanti durante i movimenti respiratori. Col palpamento l'Autore rilevava: mancare buona parte della seconda costa e delle sottoposte vere fino alla prima spuria; mancare la metà destra all'incirca dello sterno; i monconi delle coste difettose essere legati l'uno all'altro mediante qualche tessuto resistente. Quest'area di forma ovoidea misurava centim. 6,5 nel suo diametro longitudinale, cent. 4,5 nel trasversale. Nella regione mammaria corrispondente mancava la papilla. Oltre i movimenti respiratori nella parte più alta di quest'area, l'Autore osservava un movimento oscillatorio, da attribuirsi all'orecchietta destra del cuore. Del resto il bambino, abbastanza robusto, nei 15 giorni trascorsi dalla sua nascita apparve sano e aumentò regolarmente di peso. In seguito l'Autore, accennando alla rarità o unicità del caso, ricorda varie altre anomalie in qualche modo analoghe: una veduta da lui nel 1862; un'altra, però acquisita, raccontata dal Milne-Edwards, nella persona del Visconte di Montgomery; una terza del Rizzoli.

In una nota, aggiunta alla breve memoria, l'Autore fa sapere che più tardi il bambino, riportato all'ospizio dalla nutrice, fu trovato affetto da sifilide maculo-papulosa; che, dopo tre mesi di vita, la morbosa apertura era aumentata di 2 centimetri nel suo diametro longitudinale, di 1,5 nel trasversale. CESARIS.

Alcune anomalie muscolari con una tavola in fototipia; del dottor INCORONATO. Roma 1878.

L'Autore descrive tre anomalie riguardanti i muscoli: l'una si riferisce ad un *muscolo sopranumerario del perone*, l'altra ad un fascio muscolare, che, dipendenza del muscolo trapezio, si impianta distintamente alla diafisi della clavicola del lato corrispondente; e la terza contempla *un muscolo soprannumerario dell'apofisi coracoide.*

Le tre anomalie sono tutte rappresentate in modo assai chiaro nella tavola annessa alla memoria, e a ciascuna fanno seguito alcune considerazioni, in parte riferibili alla pratica, ed in parte all'anatomia comparata. TENCHINI.

Ueber den musculus radialis externus accessorius; del dott. WENZEL GRUBER. (*Sul muscolo radiale esterno accessorio*). (*Archiv. für Anat. und Physiol.* Leipzig).

L'Autore dapprima accenna a I. Wood, il quale sotto il nome di muscolo radiale esterno accessorio descrisse un muscolo sopranumerario, che su 175 individui trovò sei volte. Il Wood lo descrisse come originante dal condilo esterno (epicondilo) dell'omero, situato col suo ventre carnoso tra il radiale esterno lungo e il breve, decorrente col suo tendine in compagnia del tendine del lungo radiale esterno, passante per la guaina che il legamento dorsale del carpo fornisce ai tendini dello abduttor lungo ed estensor breve del pollice, inserentesi poi *a*) o alla base della faccia dorsale del 1° metacarpo; *b*) o confondendosi coll'ab-

duttor breve del pollice; *c*) o terminando in due fascetti di cui uno si salda alla base del 1° metacarpo, e l'altro dà origine a un doppio estensor breve del pollice; *d*) o ancora in due fascetti, di cui l'interno si inserisce alla base del 2° metacarpo e l'altro alla base del 1° in parte, e in parte si confonde cogli interossei.

In seguito espone i tre casi da lui osservati. Il 1° nel 1857. Il muscolo radiale esterno (nel braccio destro di un uomo) originava dal condilo esterno e dell'angolo esterno dell'omero; era posto tra il radiale esterno lungo e il breve, si inseriva in basso con un gracile tendine alla base dorsale del 1° metacarpo vicino all'inserzione dell'abduttore lungo del pollice

Gli altri due casi osservati nel 1876 in un solo individuo. Al braccio destro questo muscolo nasceva dal condilo e angolo esterno dell'omero; colla sua porzione muscolare (lunga 12 centim) decorreva in alto tra il lungo radiale esterno e l'estensore comune delle dita, quindi tra il lungo e il breve radiale esterno; col suo tendine (lungo cent. 18) decorreva dapprima vicino al tendine del breve radiale esterno, quindi, incrociando i tendini dei radiali esterni e del supinator lungo, vicino a quello dell'abduttor lungo del pollice fino al legamento dorsale del carpo, dove passava in una guaina speciale soprannumeraria osteo-fibrosa; finalmente al carpo stava vicino ai tendini dell'abduttor lungo e estensor breve del pollice, e finiva in una coll'abduttor breve del pollice. Al braccio sinistro questo muscolo nasceva dal condilo e angolo esterno dell'omero, decorreva alla sua porzione carnosa (lunga 13 cent.) sopra il lungo radiale esterno, ricoprendolo in parte; col suo tendine decorreva come a destra, soltanto che all'estremità del radio non aveva una guaina speciale, ma passava in un comparto speciale della guaina comune dell'abduttor lungo e estensor breve del pollice superiormente ai loro tendini. Esposti questi suoi tre casi l'Autore li confronta con quelli di I. Wood e ne fa risaltare i punti di differenza. Quindi passa in rassegna alcuni studi di anatomia comparata fatti in proposito da G. L. Duvernoy, da F. Meckel, da F. Rosenthal e da altri sulla Phoca vitulina e sulla Phoca hispida, sul Myrmecophaga didactyla (formichiere), li confronta con studi analoghi fatti da lui e viene a queste conclusioni:

1° Che un muscolo analogo al radiale esterno accessorio dell'uomo nei mammiferi non fu ancora trovato:

2° Che dai suoi tre casi risulterebbe non essere altro il radiale esterno accessorio che un sopranumerario abduttore del pollice, colla sua origine trasportata sull'omero, e più precisamente nel 1° e 3° caso un *abduttor lungo*, nel 2° il capo omerale di un *abduttor breve* del pollice digastrico. La memoria è corredata da due figure dimostrative. CESARIS.

Di una singolare anomalia cardiaca; memoria del dott. LUIGI PAGANUZZI. (*Atti dell'Ateneo veneto* 1877, serie 2ª, vol. XIV, punt. 1ª).

Questa anomalia consiste in una alterata posizione delle parti, o meglio in una vera e propria inversione delle varie parti del cuore. Il cuor

destro occupa il posto del sinistro, l'arterioso il posto del venoso. Il suo peso è di circa 180 grammi, normale la figura esterna dell'organo colla base rivolta in alto e a destra, l'apice in basso e a sinistra. Dal ventricolo destro muove l'aorta disposta in guisa che colla convessità del suo arco guarda a sinistra; la polmonare parte dal ventricolo sinistro, e, poco dopo la sua origine, si divide in due tronchi, che inforcano, quasi a dire, l'arco aortico; le quattro vene polmonari mettono nel ventricolo destro, le due cave nel sinistro. La parete del ventricolo destro, in questo caso arterioso, ha lo spessore di millim. 12, quella del sinistro, venoso, di circa 6 mill. L'inversione adunque è completa; l'individuo, a cui apparteneva questo cuore, non ebbe mai a soffrire disturbi di sorta e raggiunse l'età matura. Questa rarissima anomalia, che si distingue da tutte le altre di simil fatta per non essere concomitata nè da inversione di direzione e forma del cuore, nè da trasposizione degli altri visceri, l'Autore la fa derivare non da modificazioni morbose avvenute lungo il corso della vita fetale, ma da que'processi di formazione per i quali trapassa l'uovo fecondato durante la sua esistenza embrionale, prima di raggiungere lo stato di feto. Io, servendomi della classificazione del chiarissimo professore Sangalli, dirò che questa anomalia spetta propriamente alle alterazioni di prima formazione anzichè alle congenite. L'Autore crede che presumibilmente questa alterazione fosse già formata alla fine del secondo mese di vita embrionale. CESARIS.

Rara anomalia dei rami dell'arco dell'aorta; del dott. G. PIZZORNO. Sassari.

Nel caso ora presentato dall'Autore, dall'arco dell'aorta partirebbero due tronchi soli, uno grosso che, sul davanti della trachea si porta in alto per dividersi, dopo breve tragitto, in altri due rami, e l'altro più piccolo che, sorto più a sinistra del precedente, andrebbe a costituire la *succlavia sinistra*. Dall'una delle branche di biforcazione del primo grosso tronco, nascerebbero la *carotide destra* e la *succlavia destra*, mentre che dall'altra non avrebbe origine che la sola *carotide sinistra*.

Sulla disposizione anomala di questi tronchi l'Autore fa delle considerazioni pratiche, massime in riguardo alla broncotomia. Precedono la memoria poi alcune generalità sulle *anomalie arteriose*, forse non sempre esatte, massime là dove vengono considerate in ispecie quelle *per origine*.

Una *figura* correda l'*anomalia* in discorso. TENCHINI

Eine seltene anomalie des schildknorpels und dessen Verbindung mit dem Zungenbeine. (*Una rara anomalia della cartilagine tiroidea e della sua unione coll'osso ioide*); del dott. A. JURASZ. (*Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1877 IV-V fasc.).

L'Autore non sa che sia stato accennato caso simile a questo se non se quello molto somigliante di Luschka nell'opera « Sulla laringe dell'uomo. »

In una laringe di adulto la lamina sinistra della cartilagine tiroide

era normale, se eccettui un foro alla base del corno superiore, per altro non raro a trovarsi. Nella lamina destra il corno superiore era più breve, debole e sottile che a sinistra. Il margine superiore di questa lamina destra era più grosso che a sinistra, e presentava verso la sua metà un'apofisi corta, tondeggiante e robusta con una superfice emisferica articolare, che si articolava appunto coll' osso ioide. I corni maggiori dell'osso ioide poi non erano eguali; il sinistro perfettamente saldato col corpo dell' osso, il destro a quello unito per una sincondrosi molto mobile; vicino alla sincondrosi questo corno robusto e largo offriva al suo margine inferiore una superficie articolare oblunga, riunita colla grossa apofisi della cartilagine tiroide a mezzo di un legamento capsulare teso e robusto. Nel resto l' unione della tiroide col ioide era affatto normale, essendo regolarmente sviluppati il legamento tiroideo medio e i due laterali. CESARIS.

Osservazioni anatomiche; del dott. ZINCONE. (Con una tavola).

L' Autore pubblica in questa memoria alcune *anomalie* da lui osservate nel gabinetto d'anatomia patologica della R. Università di Napoli.

La 1ª riguarda l' origine anomala del nervo accessorio al safeno esterno, il quale, anzichè trarre la sua origine dal nervo sciatico popliteo esterno, la trae dallo sciatico popliteo interno.

La 2ª si riferisce ad un piccolo muscolo sopranumerario, dall'Autore chiamato *muscolo cutaneo della spalla*, il quale si inserisce per un lato all'aponeurosi che separa, alle volte, il piccolo rotondo dal retto spinale e per l'altro sul tessuto cellulare sotto-cutaneo della regione deltoidea.

La 3ª s'occupa di un altro muscolo anomalo chiamato *petro-faringeo interno* da' suoi punti speciali d'inserzione.

La 4ª tratta di un *sesto dito sopranumerario in ambo le mani*, nel quale vengono studiate con accuratezza le condizioni intime anatomiche.

La 5ª contempla *alcune anomalie muscolari del piede* nelle quali vengono rilevate alcune particolarità, di poca importanza.

Oltre a queste *osservazioni*, la memoria dell'Autore racchiude anche alcuni *concetti sull'innervazione del glande e della clitoride nella specie umana*, considerazioni pregevoli, e queste fatte ora solo in via di *Nota preliminare*. TENCHINI.

Anatomia topografica.

Traité d'anatomie topographique avec applications a la chirurgie; del dott. P. TILLAUX. (Paris, 1875-1877).

Tillaux compiva nell' anno u. s. quest' opera che già fin dal 1875 aveva incominciato a pubblicare a Parigi, e della quale la seconda parte vedeva la luce nel successivo 1876.

È un lavoro di pazienti ed indefesse ricerche tanto nel campo puramente anatomico, quanto in quello delle applicazioni, ed è certamente, sotto questo doppio punto di vista, degno della più alta consi-

derazione da parte del pratico. Dire di tutte le più minute particolarità che trovano nell'opera la loro trattazione, sarebbe difficile e lungo, e tal cosa da superare i limiti di una semplice *Rivista*; epperò ci limiteremo a ritrarne la *traccia* generale e a mostrare quali fossero i concetti e lo scopo che guidarono l'Autore nel suo scritto.

Ha diviso l'opera in tre volumi, l'ultimo dei quali distinto a sua volta in due fascicoli separati. Tutta l'anatomia topografica viene trattata per *sezioni*, e di queste la *testa* occupa il 1° volume; la *colonna vertebrale*, il *collo*, gli *arti superiori ed il torace* il 2°; *l'addome*, gli *organi genito-urinari dell'uomo*, gli *organi genito-urinari della donna*, il *perineo* e gli *arti inferiori* il 3° volume.

Di ciascuna di queste grandi sezioni offre Tillaux le sotto-divisioni, facendo da tutte una trattazione ampia, completa, precisa e chiarissima sotto molteplici rapporti e massime in riguardo alle *applicazioni pratiche*.

Crede opportuno di ommettere la *parte* che riguarda l'*anatomia generale*, e di distogliersi così dall'usanza degli altri trattatisti suoi predecessori e contemporanei, perchè, egli dice, *l'estensione che ha ricevuto a' giorni nostri l'istiologia rende indispensabile fare di questa branca uno studio speciale, senza considerarla come un accessorio dell'anatomia topografica*.

E sul riguardo ancora di quest'ultima, stima conveniente anche estendersi relativamente poco su ciò che riflette strettamente l'anatomia, in proporzione allo sviluppo che devono avere le *applicazioni*, sviluppo che vuole essere, quanto più si può, esteso e profondo. Trascura di parlare delle *deduzioni* che si potrebbero far scaturire in riguardo alla *medicina* nel senso stretto della parola, limitandosi a quelle che spettano unicamente alla *chirurgia*. Ed anche qui si discosta alquanto da quello che fecero altri nello stesso argomento, inquantochè reputa dovere la *medicina* propriamente detta essere divisa dalla *chirurgia*, avendo sì l'una che l'altra assunte oramai troppo vaste proporzioni per essere trattate cumulativamente. *Ho trascurato*, scrive egli sul proposito, *tutto ciò che riflette il campo puramente medico, perchè stimo utile che si intraprenda da altri un libro analogo sotto il nome di anatomia topografica, con le applicazioni alla medicina*.

Di qui la ragione del titolo che l'Autore impone all'opera sua, risguardante semplicemente le applicazioni *alla chirurgia*; e di qui ancora il modo speciale di vedere di Tillaux, il quale vorrebbe completamente scissa in due grandi branche anche l'anatomia topografica, l'una che riflette la medicina e l'altra che consideri la sola chirurgia.

È su questo piano generale che egli informa tutto il suo lavoro, e, anzichè fare delle *deduzioni operatorie* capitoli speciali, così come fecero altri autori, crede di ricordarle mano mano che la trattazione anatomo-topografica degli elementi gliene porge argomento. È questo sistema da Tillaux ritenuto logico e proficuo.

Le figure che corredano l'opera sono tutte originali, e tutte ritratte a proporzioni relativamente grandi. Alcune poi sono *colorate*, perchè meglio si possano apprezzare le accidentalità anatomiche, e alcune altre sono *schematiche*, perchè possano riprodurre più fedelmente il concetto anatomico, massime per quelle regioni che riescono, per loro natura, di difficile apprendimento.

Le figure intercalate sono abbondanti, ed eseguite diligentemente, tanto che presentano con mirabile chiarezza tutte le condizioni anatomiche, anche le più minute.

Lo svolgimento delle singole regioni è, in generale, ottimo, e sotto questo rapporto l'opera del Tillaux può, a ragione, essere considerata fra le migliori del tempo nostro; non troviamo tuttavia che egli si discosti molto dalle traccie seguite dai più celebrati autori moderni, e massime da quelle seguite da Richet.

Chiarezza di esposizione, abbondanza di precetti pratici, profonda conoscenza del campo anatomico, sufficiente erudizione su tutto ciò che riguarda le conquiste scientifiche fatte sul terreno della chirurgia, precisione, e, taluna volta, vedute affatto nuove sotto le quali possono i fatti essere considerati, ecco, per noi, i pregi principali che raccomandano l'opera di Tillaux, destinata certamente a restare retaggio prezioso dello scibile chirurgico.

Forse alcune parti sono trattate con soverchia ristrettezza, in confronto di altre che trovano più ampio relativo sviluppo; ma questi diffetti, per sè di poco rilievo, non contribuiscono certo a menomare il merito intrinseco di tutto il lavoro, che si presenta, sotto molti riguardi, pregievolissimo.

Forse questi difetti di proporzione fra le varie parti dell'opera reclamano il bisogno di una 2ª edizione, *riveduta* e *migliorata*.

TESCHINI.

Ueber die Lage der Nieren mit besonderer beziehung auf ihre percussion. (*Sulla topografia dei reni*); del dott. PANSCH. (*Archiv. für anat. phys, u. Win. med. de Reichert et du Bois-Reymond.* N. 3, pag. 327, 1876. — Dal *Revue des sciences med.* N. 18, aprile 1875, Tom. IX, 2° fascicolo, p. 463)

Pansch s'è sforzato di determinare colla massima precisione la situazione dei reni. Ha esaminato per ciò 60 cadaveri, impiegando un metodo che, per ricerche analoghe, ha già fruttato felici risultamenti. Impianta dei lunghi aghi attorno ai reni e nel rene medesimo, e misura le varie distanze che questi aghi mantengono sugli organi vicini. Ecco quali sono le principali conclusioni date dall'Autore. Vi sono delle grandi differenze individuali non solo nelle dimensioni longitudinale e trasversa dei reni, ma ancora nella loro situazione e nella direzione dei loro assi longitudinale o trasverso. Di più l'asse trasverso di un rene può variare da un lato all'altro nello stesso individuo. L'estremità superiore del rene è a circa un centimetro dalle faccie laterali delle vertebre, mentre che

la sua estremità inferiore dista 0,075 millim. circa dalla linea mediana delle vertebre.

Pansch, a causa delle molte variazioni individuali della 12ª costa, preferisce prendere come punto preciso di ritrovo la cresta delle ossa iliache. Non ha mai veduto il bordo inferiore del rene toccare la cresta iliaca, chè la distanza media da questo punto scheletrico sarebbe di 4 a 5 a 6 centim.

Quanto alla lunghezza dell'asse longitudinale del rene, essa è di un mill. 0,103 a m. 0,110; dal che risulta che il bordo superiore del rene è lontano dalla cresta iliaca da 14 a 18 centim.

Quanto alla percussione dei reni. Pansch dice che non può offrire dei risultamenti esatti per lo spessore dei tessuti vicini, e per ciò massime che il limite inferiore dell'organo non può essere determinato. Per l'Autore quindi valgono, in proposito, assai meglio i dati puramente anatomici che non quelli offerti dalla percussione.

Quanto a ciò che riguarda il rapporto del rene col cul di sacco posteriore delle pleure, Pansch fa notare, dopo Luschka, che, in un terzo dei casi, il bordo superiore del rene sorpassa il cul di sacco pleurale.

Pansch aggiunge che le sue ricerche furono in seguito confermate anche da altre quaranta nuove dissezioni, per modo che il lavoro attuale appoggia sopra cento autopsie circa. TENCHINI.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

Franklin — *Casuistica dell'aneurisma aortico.*

Dujardin-Beaumetz — *Sopra un caso di aneurisma dell'aorta ascendente medicato coll'ago-puntura elettrica.*

Lüttich — *Contributo alle malattie del cuore e dei grandi vasi.*

Filehne — *Sul processo della gangrena polmonale.*

Huntigton — *Osservazioni su 32 casi di gangrena polmonale.*

Schmidt — *Sull'eziologia dell'asma bronchiale.*

Moritz — *Sul catarro degli organi del respiro.*

Wagenhäuse — *Casuistica e storia dell'empiema perforante dei polmoni.*

Hardyman — *Un caso di nefrite suppurativa comunicante col polmone sinistro.*

Dickinson — *Sulla chiluria.*

Aussiloux — *Un caso di cancro del fegato.*
Carrescia — *Ascesso epatico aperto per la via del polmone, sua guarigione in seguito all'impiego dell'acido fenico internamente.*
Reginold — *Tumore linfomatoso del duodeno.*
Bannister — *Emiatrofia progressiva della faccia.*
Elben — *Due casi di malattia cerebrale.*
Chambord — *Caso di tubercolosi miliare diffusa in un'idiota epilettica.*
Lasègue — *Sulla vertigine mentale.*
Rohden — *Osservazioni sulle nevrosi.*
Westphal — *Sopra alcuni casi di acuta e mortale paralisi spinale.*
Valker — *Caso di insistente priapismo.*
Bernhardt e Bjornstron — *Sull'atetosi.*
Gore — *Sulla malattia del sonno nell'Africa occidentale.*
Huppert — *Straordinaria piccolezza del cervelletto.*
Shmit — *Caso di coma e paralisi istantanea, morte rapida, idatidi della glandola pineale, fegato e peritoneo.*
Tield — *Tumore sarcomatoso intracranico in rapporto col nervo acustico.*
Landouzy — *Della blefaroptosi cerebrale.*
Lasègue — *Dell'epilessia per mala conformazione del cranio.*
Déjérine — *Lesioni nervose nella paralisi difterica.*
Cresci Carbonai — *Sulla paralisi pseudoipertrofica.*
Pick e Ferber — *Casuistica dell'atrofia progressiva.*
Routier e Regnard — *Un caso di carbonchio, analisi del sangue e dei prodotti della respirazione.*
Makenzie — *Un caso di anemia perniciosa progressiva, morte, necroscopia.*
Laveran — *Casi di ulceri tubercolari nelle fosse nasali.*
Laveran — *Tubercolosi miliare del palato e del velo pendulo.*
Lauenstein — *Sulla patologia della leucemia.*
Rehn — *Un caso di paralisi dei muscoli dilatatori della glottide in seguito al tifo addominale.*
Grassi e Parona — *Annotazioni cliniche sull'anchilostoma duodenale.*

Zur Casuistik des Aneurysma der Aorta. (*Casuistica dell'aneurisma aortico*); del dott. FRANKLIN C. (*Med. Times and Gaz.*, 26 sept. 1874).

Franklin riporta il seguente caso di aneurisma dell'arco dell'aorta, nel quale sulle prime si era fatto diagnosi di tisi, e poi avvenne morte repentina dietro accessi di soffocazione.

Il paziente, parrucchiere, di 31 anni, dice di aver perduto istantaneamente la voce da 6 mesi, e di non averla mai più perfettamente ricuperata. Egli dovette abbandonare le proprie occupazioni 6 settimane fa per debolezza, dispnea e tosse. Pare fosse stato sempre sano, non avesse mai avuto sifilide. Accolto nell'ospedale di Victoria-Park il

24 febbraio 1872, presentò all'esame ottusità all'apice sinistro, anomali rumori laringei, nessun rantolo. Non fu possibile fare l'esame laringoscopico stante la soverchia sensibilità delle fauci. Stato generale soddisfacente.

Quattro settimane dopo si rilevò verso il mezzo dello sterno, e nelle regioni sotto-clavicolare e scapolare sinistra un rumore sistolico. Nessuna differenza di pulsazione tra le due radiali. Nessun rumore. In corrispondenza dell'ottusità dell'apice sinistro la mano non rilevava alcun movimento respiratorio; il respiro di tutta la metà sinistra del torace era deficiente. — 27 Marzo. Nella notte ripetuti accessi di dispnea; per la prima volta accusa il dolore al lato sinistro, diffondentesi al braccio sinistro. — 6 Aprile. Edema del braccio sinistro con turgore delle vene cutanee; il primo tono non si può percepire, il secondo è raddoppiato sulla base. Nei giorni seguenti l'edema e il dolore scomparvero, però andò aumentando la difficoltà di respirare; fin chè il 18 aprile, dopo una notte straordinariamente tranquilla il paziente fu preso da gravissima dispnea, diventò rapidamente cianotico, e morì 20 minuti dopo l'incominciar dell'accesso.

All'autossia si trovò un aneurisma della concavità dell'arco dell'aorta, del diametro di 1 1[2", il quale comprimeva il bronco sinistro e il ricorrente laringeo del medesimo lato.

L'Autore riferisce pure un altro caso interessante perchè quando tutti i sintomi dell'aneurisma erano scomparsi, l'individuo morì coi segni della crepatura del medesimo. Era un giovane di 36 anni, il quale 16 anni prima aveva fatto una febbre reumatica; non era mai stato sifilitico, e da 4 anni nella stagione invernale andava soggetto alla tosse. Due mesi prima egli si era fortemente disteso, e in conseguenza fu preso da dolore e dispnea. In seguito restò 5 settimane libero della dispnea, ma ricorreva all'ospedale per epistassi. Il paziente, robusto assai, cianotico offriva i sintomi d'una bronchite capillare. All'inserzione sternale della seconda cartilagine costale sinistra e un po' a destra, si osservava un tumore pulsante circoscritto, in corrispondenza del quale la percussione evocava un suono muto. Alla parte superione del torace destro la risonanza era un po' diminuita, e il respiro meno libero. L'apice cardiaco batteva al 6° spazio, tra il capezzolo e la linea ascellare. Tanto sul cuore che sul tumore non si percepiva alcun rumore. Al collo, specialmente al lato destro, udivasi un soffio sistolico. Il polso della radiale destra era più piccolo di quello della sinistra. Le pupille erano eguali. Già 10 giorni dopo la tosse e la dispnea erano diminuite, la pulsazione del tumore pure, le condizioni generali miglioravano. Sotto l'uso continuato del ferro e della digitale, e l'applicazione locale d'una vescica di ghiaccio, il miglioramento fu così sensibile, che dopo 45 giorni il paziente venne dimesso, essendo scomparsi i fenomeni dell'aneurisma. Però contro il parere del medico, il paziente riprese le proprie occupazioni, e di quando in quando si lasciava vedere alla policlinica, dove

due mesi finalmente sua moglie portò la notizia ch'egli era morto *in un minuto*, dopo aver rigettato, senza causa apparente, una gran quantità di sangue.

Non fu concessa la sezione. C.

Sopra un caso di aneurisma dell'aorta ascendente medicato coll'ago-puntura elettrica. Nota del dott. Dujardin-Beaumetz. (*Union Medical*, n. 141, 142 dicembre).

Riferisce l'Autore la storia dettagliata di un giovane ammalato che per gravi disturbi cardiaci chiedeva asilo all'Ospitale S. Antonio, ove lo si riscontrava: aneurismatico affetto da insufficienza aortica. Praticato il clinico esame con accuratezza e rilevata la sede del tumore a destra dello sterno la sua figura piriforme, l'assottigliamento notevole delle sue pareti, i rapporti suoi colle parti vicine, le sue dimensioni nei vari diametri, venne deciso di tentarne l'obliterazione coll'ago-puntura elettrica.

Innanzi di ricorrere a questo mezzo di medicazione sul malato piacque di tentare alcuni esperimenti sia per graduare gli effetti della corrente, sia per rilevarne i dettagli; ed infatti introdotta una soluzione di albumina in una provetta ben chiusa, vi si fecero pescare aghi di ferro in comunicazione coi poli di una pila elettrica, e si osservò che ove pescava l'ago comunicante col polo negativo sviluppavasi una spuma biancastra galleggiante alla superfice del liquido costituita da bolle di gaz determinate dalla decomposizione del liquido, ed in corrispondenza dell'ago al polo positivo produceva si una nube di albumina coagulata, colorata in rosso dall'ossidazione dell'ago. Questi due fatti apportarono la decisione di non seguire alla lettera il metodo Ciniselli per l'operazione; e si ritenne opportuno di introdurre nel sacco aneurismatico gli aghi soli comunicanti col polo positivo, come già fu praticato dall'Anderson, onde evitare lo sviluppo gazoso in un vaso così prossimo al cuore, cosa che avrebbe costituito un grave pericolo; e si usarono aghi d'acciaio temprati in modo da farne difficile la decomposizione. Col mezzo di una batteria di 26 elementi Gaiffe, col polo positivo comunicato al sacco aneurismatico, ed il negativo fissato al destro lato del tronco si instituirono due operazioni elettrolittiche, l'una al 14 giugno, l'altra circa un mese dopo, all'11 di luglio.

Ambidue le operazioni furono sopportate dal paziente egregiamente, e ne seguì un miglioramento marcatissimo sì all'una che all'altra, con progressiva diminuzione dei fenomeni dipendenti dal tumore; le piccole escare costituitesi in corrispondenza degli aghi galvanizzati caddero presto lasciando la pelle completamente sanata; l'esame locale dimostrava il naturale progressivo ispessimento della parete aneurismatica con diminuzione del pericolo di sua crepatura, e con sollievo delle già compresse parti confinanti, allorchè i sintomi della cardiopatia, o meglio delle insufficienze valvolari si pronunciarono assai di più, comparvero si constatava che nessun cangiamento era avvenuto nel suo stato. Dopo

edemi, ipostasi viscerali, spandimenti sierosi, e l'ammalato venne a morte il 27 agosto e cioè 47 giorni dopo l'ultima operazione.

Praticatasi l'autossia si potè confermare la somma esattezza della diagnosi tanto in riguardo alla estensione che alla figura, e situazione dell'aneurisma; si rilevò lo spessore del coagulo fibrinoso determinato dall'ago-puntura entro la parete esterna, coagulo che sebbene non fosse sufficiente ad occupare la cavità tutta del tumore, pure riesciva a renderne robusta la parete, e ad impedirne la progressiva dilatazione; finalmente si poterono verificare le cause della morte indipendenti affatto dalle praticate operazioni di elettro-puntura. ARIGO.

Beiträge zu den Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe. (*Contributo alle malattie del cuore e dei grandi vasi*); del dott. LÜTTICH B. (*Schmidt's Jahrb.*, 1877, n. 8, p. 136).

L'Autore giovandosi delle pubblicazioni periodiche straniere, ha raccolto in questa Memoria nuove osservazioni sull' importante argomento delle malattie dell'apparato circolatorio.

La *paracentesi del pericardio* fu eseguita da J. W. Hunt in una ragazza di 16 anni, affetta da grave reumatismo articolare e pericardite (*Lancet*, I. 10 marzo 1877). L'acido salicilico, la salicina ed altri mezzi avevano fallito. Dopo 24 giorni di malattia, essendovi minaccia imminente di collasso, si passò alla puntura del pericardio con un ago aspiratore; benchè non si sapesse se l'aumento dell'area d'ottusità cardiaca fosse dovuto a ingrandimento del cuore o a raccolta essudativa. Vennero svuotati circa 10 grammi di un liquido siero-sanguinolento. Dopo 2 giorni morte. Si trovò pericardite grave, con circa 400 grammi di un essudato sieroso; e si constatò che l'ago era penetrato in un' adesione dei due foglietti pericardici. Il cuore era voluminoso, specialmente per dilatazione; le valvole mitrali e aortiche presentavano leggiere alterazioni da endocardite. Hunt in questa operazione consiglia, per evitare di offendere il cuore, di penetrare molto obliquamente, e verso l'alto, sulla guida di una costa.

Nella *Gaz. Hebd.* 2, serie XII, 33, 1875, il prof. A. Laveran espone un caso di *adesione cardio-pericardica*, ed aggiunge alcune osservazioni sulla prognosi di questa forma, specialmente in riguardo all' ipertrofia e dilatazione del cuore che ne conseguono, e alla morte repentina che può esserne l'esito. Il caso è questo: Un soldato di 22 anni, affetto da reumatismo articolare fu accolto nel Val-de-Grâce: era apiretico, e non si lamentava che dei dolori. All'esame si trovò rialzo precordiale, forte estensione dell'itto cardiaco; soffio sistolico all'apice, doppio soffio alla base; fremito sensibile delle carotidi: soffio sistolico sulle grandi arterie; polso rapido, qualche volta dicroto. La diagnosi fu di un vizio composto, con prevalente insufficienza aortica. Dopo qualche tempo di benessere il paziente fu trovato morto in letto. All'autopsia si notò obliterazione totale del sacco pericardico, ragguardevole ipertrofia del cuore, in specie del ventricolo sinistro; insufficienza delle valvole aortiche e mitrali per

dilatazione degli ostii relativi, leggiero inspessimento degli apparati valvolari.

A proposito di questo caso, Lüttich riconosce con Haller ed altri che le adesioni cardio-pericardiche possono cagionare gravi malattie; come l'ipetrofia eccentrica del cuore, e produrre la morte istantanea. Quale prima causa dell'ipertrofia Lüttich accenna all'insufficiente svuotamento delle cavità cardiache. Riconosce però che tali conseguenze possono anche mancare, sopratutto se le adesioni sono abbastanza distensibili; e che in altri casi può succedere dilatazione passiva e fin atrofia per intermezzo di una miocardite.

In una relazione clinica di A. Fabre noi troviamo osservazioni assai importanti sulla *successione delle stenosi alle insufficienze* (*Gaz. des Hôp.*, 125, 1876). Fabre pone come legge che l'endocardite non può dare insufficienza senza contemporanea stenosi; il grado però può esser vario, per cui ora prevale l'una, ora l'altra. Secondo Fabre le insufficienze e le stenosi si sviluppano in proporzione inversa l'una dell'altra. Egli si occupa anzitutto dei loro rapporti per rispetto all'*ostio aortico*. Il debole soffio sistolico dell'insufficienza aortica pura, nel caso di prevalente stenosi diventa più forte del soffio diastolico. Come mezzo diagnostico può pure servire il criterio che il soffio nella stenosi aortica si fa spesso più forte nella posizione orizzontale, più debole nella verticale; il contrario accade nell'insufficienza; e ciò in conseguenza dell'azione della gravità sulla corrente sanguigna. Il soffio nella stenosi è direttamente proporzionale al grado della stessa; nell'insufficienza è il contrario. I sintomi capitali per la diagnosi di un'insufficienza aortica combinata con una stenosi, l'Autore li deduce dall'esame delle arterie. Nelle arterie del collo si trova quasi sempre un soffio tanto nella stenosi che nell'insufficienza; nell'arteria crurale invece il soffio determinato dall'insufficienza viene assai diminuito sotto l'influenza della stenosi. Il polso diventa meno scoccante, più largo ed espanso. Il benessere generale dura più a lungo che nella semplice insufficienza. Quindi l'insorgere di una stenosi migliora la prognosi dell'insufficienza; e si può dire che in tali casi la gravezza della prognosi sta in ragione inversa della forza dei rumori cardiaci, e diretta del rumore crurale; cioè la prognosi è più grave prevalendo l'insufficienza.

Quanto all'insufficienza della *mitrale* combinata colla stenosi dell'ostio corrispondente, Fabre dà il seguente quadro sintomatico. La stenosi da sola produce un oscuro soffio diastolico, difficile talvolta a rilevarsi, e un breve soffio presistolico. Nella stenosi con insufficienza i rumori presistolico e diastolico si seguono dappresso, onde nasce un rumore di soffio prolungato, specialmente sistolico, all'apice; ed è abbastanza forte ed aspro, perchè il rigurgito sistolico del sangue in un ostio ristretto determina un rumore più forte. Come per l'aorta, anche per la mitrale un'insufficienza maggiore produce un rumore meno intenso di un'insufficienza meno grave. Nell'insufficienza con stenosi può avverarsi uno

sdoppiamento dei toni cardiaci. difficilmente invece un raddoppiamento dei medesimi, come nell' insufficienza semplice, per rapide e successive contrazioni disuguali del cuore. Il battito cardiaco e il polso vengono talvolta regolarizzati da una stenosi che compensi un' insufficienza. Quindi l' insorgenza della stenosi migliora la prognosi dell'insufficienza; e si può dire che la prognosi starà in ragione inversa della forza dei rumori, e diretta della forza e regolarità del polso.

Il prof. Austin Flint (*Americ. Practit.*, *Arch. gen.*, 6, ser. XXVIII, p. 62, juill. 1876). Chiama l'attenzione sui disturbi funzionali del cuore caratterizzati da *rallentamento del polso*. Come in alcuni individui si osserva una straordinaria frequenza del polso senza altri segni di malattia; così in alcuni altri si nota un rallentamento del polso, il quale, nell'assenza di ogni altro sintoma cardiaco, deve essere ritenuto con un disturbo funzionale, da precesse ignote cagioni. L' Autore riferisce un caso di Thornton, e cinque di propria osservazione. Di questi 6 pazienti 4 erano maschi e 2 femmine. In tutti era uno stato che durava da qualche tempo. Nel caso più grave appena 16 erano le pulsazioni al minuto; gli altri sintomi consistevano specialmente in stanchezza ed oppressione. In 2 casi s'accompagnavano accessi epilettici, e in altri 2 delirio; il che depone per una certa relazione con disturbi cerebrali. In un 5° caso eravi grave abbattimento fisico e psichico, con sintomi gastrici, i quali parevano d'origine cerebrale. In un solo caso mancava ogni fenomeno cerebrale. Nel caso di Thornton esisteva una sifilide constatata; nel 1° caso dell'Autore aveva preceduto un forte accesso di tosse con crampo della glottide; il 2° caso riguardava un convalescente di pneumonite; nel 3° erano precedute le influenze del freddo e degli strapazzi; nel 4° una febbre da malaria, nel 5° una indigestione. Possono questi momenti venir invocati come causa del fenomeno?

Il dott. Otto Kahler descrive un caso osservato nella seconda clinica medica di Praga, avente relazione coi *rumori cardio-pneumatici* (*Prag. med. Wochenschr.*, II, 6, 7, 1877). Il paziente di 54 anni, era affetto da enfisema polmonare cronico, e insufficienza delle valvole aortiche con dilatazione e ipertrofia del cuor sinistro. Nelle profonde inspirazioni, oltre il rumore determinato dall'anzidetto vizio cardiaco, lungo tutto lo sterno, nonchè negli spazii intercostali 2 e 3 di destra, si percepiva un soffio sistolico aspro, fischiante, il quale persisteva anche nel silenzio respiratorio, ma era più forte nell'espirazione. Nella posizione eretta del paziente l' intensità diminuiva alquanto, e cambiava leggermente di posizione seguendo il lato su cui si faceva riposare il paziente. A poco a poco indebolendosi il rumore diminuiva, per ritornare sotto una profonda inspirazione. Qualche tempo dopo il sibilo divenne più intenso e persistente; poi tornò ad esser rilevabile solo nella espirazione. Nel medesimo tempo potevasi rilevare un fischio espiratorio, coincidente col principio della sistole, e brevissimo, sulla linea ascellare anteriore, tra il 6° e 7° spazio. Più tardi ancora il rumore divenne sensibile in ambedue

i momenti respiratorj, ma più nell'espirazione; nella giacitura supina diventava più debole, talvolta mancava affatto, ritornava però al rizzarsi del paziente. E sempre era appena sistolico.

Secondo le ricerche di Landois, al cominciar della sistole, per il riempimento delle arterie toraciche, si produce un breve colpo espiratorio; a questo tien dietro un forte atto inspiratorio, stante la diminuzione di volume del cuore; poi di nuovo, nella diastole, una debole corrente espiratoria. Kahler per spiegare il proprio caso si vale di questi dati, osservando come l'ipertrofia del ventricolo sinistro producesse una forte corrente espiratoria sul principio della sistole. Quanto al rumore che si ascoltava sul margine sinistro del cuore, l'Autore invoca la forte locomozione sistolica del cuore verso sinistra, la quale poteva determinare cangiamenti di volume nella porzione anteriore del polmone, probabilmente aderente.

Un' importante contribuzione alla dottrina dell' *Aritmia cardiaca* è portata dal dott. Francesco Riegel (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* XVIII, I, p. 94, 1876). Traube fu il primo che descrisse un *Pulsus bigeminus*, ascrivendovi come sottospecie il *Pulsus alternans*. Nel caso di Traube i due battiti appajati presentavano la singolarità che ad un polso debole ne succedeva uno più forte. Traube, per mezzo di osservazioni ed esperimenti, venne a concludere che il *polso bigemino* si manifesta quando essendo il cuore sottratto all' influenza moderatrice della parte spinale del proprio sistema nervoso, un agente qualunque circolante col sangue venga a stimolare la porzione cardiale del proprio apparato moderatore. Di qui la gravezza della prognosi pronunziata da Traube nel suo caso. Casi di *pulsus alternans* vennero poi descritti anche da Stricker, Fraentzel ed Henoch, senza che sempre si verificasse la prognosi sfavorevole. Ultimamente Riegel osservò un caso squisito di *pulsus alternans* in un convalescente di peritonite acuta, alcuni giorni dopo che ogni fenomeno di questa malattia era scomparso; mentre in tutti i casi precedenti l'apparire nell'alternanza coincideva coll'acme della malattia. Singolare era pure che la massima altezza del polso era costante, mentre incostante era la base da cui partiva la linea ascendente: ciò dipendeva dacchè insorgeva già il secondo battito quando il primo non era ancora totalmente disceso. Altre curve sfigmografiche provavano il passaggio ad un analogo *pulsus trigeminus*, e da ultimo all' irregolarità completa. Tutte queste osservazioni vennero fatte in un giorno; più tardi il fenomeno cessò; non vennero prese anteriormente altre linee sfigmografiche, ma probabilmente non esisteva prima quel fenomeno, perchè si sarebbe tradito facilmente alla palpazione. L'Autore inclina ad ascrivere questo polso al polso irregolare, quale si osserva durante e dopo la crisi di malattie acute febbrili (Jürgensen); nel suo caso difatti da bigemino il polso diventò irregolare. Ad ogni modo la spiegazione e la prognosi di Traube non si possono accettare per ogni caso. — Riegel poco dopo pubblicò un altro caso di *Pulsus bigeminus* o *alternans*, osservato in

una donna di 33 anni, affetta da reumatismo articolare con endocardite Esso fu analogo al precedente, durò pochi giorni, passò a polso trigemino; non mancavano nell' intervallo pulsazioni regolari. La donna guarì benissimo.

Il dott. F. Kretschy notifica un caso, osservato nella clinica di Duchek, di *obliterazione della vena anonima destra* a cagione di una struma sottosternale (*Wiener med. Wochenschr.*, XXVII, 1, 1877). Il paziente di 61 anni, aveva già avuto a 20 anni uno struma; da 5 anni pativa cardiopalmo, dispnea e forte gonfiezza del collo; da un anno poi era dimagrato, malgrado il buon appetito. Da 4 settimane si aggiunse una emiparesi sinistra. All'esame del paziente si notò una dilatazione delle vene del capo e del torace, generale, ma più considerevole a destra che a sinistra. Una larga anastomosi metteva in comunicazione le due giugulari esterne. La ricca rete superficiale di vene inviava nel profondo un grosso ramo in corrispondenza del 2° spazio intercostale sinistro; altri rami si mettevano in relazione colle vene epigastriche superficiali. Comprimendo quest'ultima, la rete venosa superiore inturgidiva maggiormente, l'inferiore collabiva. Donde appariva un inversamento del circolo. Alla percussione si svelava anteriormente un' ottusità che dall'apice destro scendeva fin sulla 4ª costa ed estendevasi verso sinistra fin sulla linea sternale; quivi mancava il murmure vescicolare. Posteriormente l'ottusità discendeva fin alla 5ª vertebra dorsale: con fenomeni di consonanza nell' inspirazione ed espirazione. Sullo sterno, all'altezza della 2ª costa udivasi un soffio sistolico; del resto i toni cardiaci erano intatti. Al collo non esisteva alcuno struma.

Con tali sintomi si formulò la diagnosi di obliterazione della vena anonima destra. L'ottusità accennava ad un tumore del mediastino, assai probabilmente strumoso, il quale forse era degenerato in cancro, a giudicarne dal marasmo manifestatosi nel paziente.

La necroscopia confermò pienamente. Si trovò un voluminoso struma retrosternale, con cancro midollare; ed altri nodi cancerosi secondarj alla 4ª e 7ª costa di destra, e nel fegato. La vena anonima destra era compressa, ed in parte trasformata in un cordone impermeabile. Il circolo collaterale erasi così stabilito: dalla giugulare destra un' anastomosi metteva nella sinistra, questa, con un ramo della mammaria sinistra si scaricava nella vena anonima sinistra; le anastomosi colle vene epigastriche, coll'azigos ed emiazigos, confluivano alle due cave. Il soverchio riempimento dell'anonima sinistra era in parte diminuito da comunicazioni colle vene dorsali e coll'emiazigos. L'emiparesi di sinistra ottenne la sua spiegazione quando si trovarono le vene del corpo striato e del talamo ottico di destra molto turgide e dilatate.

Ueber die Vorgänge bei dem Lungenbrande u. s. f. (*Sul processo della grangrena polmonale*); di Filehne G. in Erlangen. (*Sitzber. d. phys. med. Soc. in Erlangen*, 11 giugno 1877, e *Schmidt's Jahrb.*, 1877).

Anzitutto nega Filehne che la completa assenza di fibre elastiche nel

frammento espulso da un ammalato di gangrena polmonare sia indizio patognomonico di questa malattia, perchè lui, al contrario di Traube, ve ne ha invece rinvenuto. Inoltre, sorpreso l'Autore che un tessuto ordinariamente così resistente com'è l'elastico venga tanto presto distrutto nella gangrena polmonare, mentre resta tuttavia la trama cellulare, venne in pensiero che ciò dovesse dipendere dell'azione di un fermento, da una specie di digestione; la quale non è improbabile quando si pensi che Etzinger e Kühne hanno dimostrato come il succo gastrico digerisca il tessuto elastico. Filehne intraprese a questo scopo buon numero d'esperienze, ricercando la resistenza del tessuto elastico, dell'albume cotto, delle sostanze mucilagginose in diversi liquidi digestivi. I risultati furono:

1.° *Riguardo al tessuto elastico.* — Questo, messo a digerire negli estratti di sputi gangrenosi (semplici o alla glicerina), si scioglie completamente in 1-4 giorni se l'estratto è alcalino. Più lento è lo scioglimento se il mestruo è neutro; se è acido, i fiocchi elastici resistono anche parecchie settimane. Il contenuto delle caverne gangrenose, benchè in soluzione alcalina, era inattivo anche in 5 settimane; così il liquido degli essudati pleurici in comunicazione col focolajo gangrenoso. Liquidi putridi semplici non mostrarono nessuna influenza sul tessuto elastico nemmeno 5 settimane dopo; così una soluzione di glicerina nell'acqua. Una soluzione allungata di acido cloridrico dopo 3 settimane aveva ridotto la sostanza elastica in parte in materia gelatinosa, la quale conduceva lentamente la soluzione della sostanza elastica medesima. Filehne fece anche esperienze comparative colla pepsina e un estratto pancreatico; e trovò che la prima scioglieva rapidamente (12 ore), il 2° meno rapidamente (36-48 ore).

Lo sciogliersi relativamente rapido della sostanza elastica nell'estratto (alla glicerina) degli sputi dei malati di gangrena polmonare non tien dunque solamente alla putrefazione; perchè tutti gli altri liquidi putridi tentati o non diedero il medesimo effetto, o lo diedero solo in 4-10 volte tanto di tempo. Non tiene nemmeno alla possibile presenza negli sputi di pepsina per vomito concomitante alla tosse; perchè gli estratti medesimi malgrado l'aggiunta di acido cloridrico non avevano alcuna azione sulla sostanza elastica. Del resto Filehne si persuase che anche la pepsina nelle soluzioni alcaline non agisce sul tessuto elastico; appunto il contrario di quello che fanno gli estratti adoperati

2.° *Riguardo all'albume cotto.* — Gli estratti alcalini degli sputi gangrenosi spiegarono una manifesta azione su piccoli dadi di albume d'uovo cotto già dopo 6-8 ore. Dopo 10-24 ore l'albume era in massima parte disciolto, senza sviluppo alcuno di gaz. Le soluzioni acide rimasero indifferenti. Filehne notò nelle soluzioni la formazione di peptone, rapida se la temperatura era presso a poco quella del corpo.

3.° *Riguardo ai tessuti collageni.* — Tendini di coniglio, ecc. tenuti nelle soluzioni precedentemente usate, non subirono cangiamenti in

14 giorni. — In conclusione: 1° le fibre elastiche vengono disciolte alla temperatura del corpo dagli estratti alcalini; 2° l'albume d'uovo cotto nelle medesime condizioni vien pur disciolto con formazione di peptone; 3.° i tessuti collageni non si sciolgono nelle soluzioni alcaline.

Donde l'Autore trae due conseguenze: 1.° Il processo dissolutivo rassomiglia ad una digestione, e gli estratti degli sputi gangrenosi pare contengano un fermento, assai analogo alla tripsina del succo gastrico (Kühne) quando agisce in soluzioni alcaline, differente invece in quanto che resta inattivo nelle soluzioni acide, benchè deboli. 2.° Nelle esperienze avviene appunto quel che si verifica nei pazienti di gangrena polmonare, che la sostanza connettiva vien rispettata, il tessuto elastico e i corpi albuminoidi vengono disciolti. Per cui egli crede all'esistenza, nei polmoni dei detti pazienti, di un fermento capace di digerire in soluzione alcalina e alla temperatura del corpo il tessuto elastico, indifferente invece verso il tessuto connettivo. Questo fermento vien alterato dalla putrefazione, come lo provano le esperienze fatte col contenuto tolto dalle caverne nei cadaveri, e cogli estratti decomposti degli sputi gangrenosi.

L'Autore si occupa ora d'isolare tale fermento, e di rispondere alle altre domande: è questo fermento speciale alla gangrena polmonare, od esiste anche in altre malattie distruttive dei polmoni e degli organi in generale? Esiste esso forse anche nelle condizioni fisiologiche? Donde proviene? ecc.

L'Autore si è altresì occupato di trovare quali mezzi medicamentosi si potrebbero usare per impedire l'azione del fermento in questione. Egli avrebbe trovato che il timolo, la trementina, l'acido salicilico, l'acido fenico, il solfato di chinina godono appunto di tale proprietà. Resta a studiare come si farà a portare questi mezzi in quantità sufficiente a contatto del focolajo gangrenoso; coll'inalazione sola ciò non è finora riuscito. Per lo che Filehne si domanda se non si potrebbero fare delle iniezioni locali mediante puntura del torace nel punto corrispondente al focolajo, già delimitato coi mezzi fisici?

Bemerkungen über 32 Fälle von Lungengangrän. (*Osservazioni su 32 casi di gangrena polmonare*); di T. Huntington. (*Boston med. and surg. Journ.*, XCV, 17 oct. 1876).

Questo lavoro non è che una statistica eseguita sotto cinque diversi punti di vista:

1.° *Età e sesso.* — Dei 32 malati, 24 erano maschi, 8 femmine. Il paziente più giovane aveva 12 anni, e morì; aveva tisi ed enfisema. Il paziente più giovane in cui la gangrena non era complicata aveva 18 anni; migliorò. Il più vecchio aveva 60 anni, e la gangrena era successiva a polmonite crupposa e tifo. Altri pue pazienti avevano 50 anni. In un altro la gangrena era circoscritta, e guarì. Riguardo all'età, i casi erano così distribuiti:

da 1 a 10 anni	. . . .	1 caso
» 10 a 20 »	. . . .	3 casi
» 20 a 30 »	. . . .	9 »
» 30 a 40 »	. . . .	12 »
» 40 a 50 »	. . . .	4 »
» 50 a 60 »	. . . .	2 »
» 60 a 70 »	. . . .	1 caso

2.° *Professione.* — Dei 24 uomini 12 erano operaj, 4 marinaj, 8 avevano occupazioni speciali. Delle 8 donne, 5 erano persone di servizio, una cucitrice, due massaje. Le influenze atmosferiche erano evidenti in 21 casi: la maggior parte dei malati deve esporsi qualunque fosse il tempo, la temperatura.

3.° *Durata.* — In 11 casi che ebbero esito fatale la massima durata fu di 10 mesi, la più breve di un mese; la media di mesi 8,3. Sovra 7 casi usciti a bene, 4 durarono 7 mesi, due 3 mesi, uno 4 mesi; in media mesi 5,3.

4.° *Causa.* — Sopra 11 casi mortali, in 7 la gangrena era succeduta a pneumonite cruposa, in uno a cancro dell'esofago, in uno ad empiema e tisi. Negli ultimi due casi la malattia primitiva fu la principal causa della morte.

5.° *Risultato della cura, complicazioni.* — Guariti 7, migliorati 6, migliorati temporariamente 3, non guariti 5 (2 dei quali restarono solo poco tempo all'Ospedale e non furono curati), morti 11. Complicazioni solo in 10 casi, nulla negli altri 22. Le complicazioni furono in 8 casi di tisi, in uno empiema, in uno cancro. In 7 casi scevri d'ogni complicazione la gangrena derivava da una polmonite cruposa; la gangrena era diffusa, e finì colla morte. Degli altri 15 casi non complicati 5 guarirono, 6 migliorarono, 3 non migliorarono, uno migliorò in modo passeggiero, uno morì. Dei casi complicati 4 furono mortali, 2 non migliorarono, uno migliorò per poco, 2 guarirono; quindi 8 ebbero un decorso sfavorevole, e 2 l'ebbero favorevole. In conclusione l'esito fu

favorevole	nella proporzione	del	73,3 per 0/0	nei casi non complicati
sfavorevole	»	»	26,6 per 0/0	» »
favorevole	»	»	20,0 per 0/0	nei casi complicati
sfavorevole	»	»	80,0 per 0/0	» »

L'Autore espone anche 2 altri casi, i quali, secondo lui, non si possono classificare cogli altri. Nell'uno la gangrena seguì ad un processo tubercolare, ed ebbe esito mortale; nell'altro, benchè simile al precedente l'esito fu favorevole.

Per ciò che riguarda la cura, si dava internamente l'acido carbolico, con che si notava diminuzione del fetore negli sputi. I soccorsi più importanti però consistevano nella buona nutrizione e ventilazione sufficiente.

Zur Aetiologie des Asthma Bronchiale. (*Sull'eziologia dell'asma bronchiale*); del dott. Adolfo Schmidt. (*Deutsche Zeitschr. für prakt. Med.*, 24, 1877).

L'Autore ebbe in cura due fanciulli, uno di 12 l'altro di 14 anni, i quali andavano soggetti, specialmente di notte, ad accessi intensi di asma. Essi avevano le tonsille notevolmente ingrossate, e un catarro non indifferente delle fauci, con ispessimento cronico della mucosa nasale e faringea. Orbene Schmidt osservò che sempre, prima dell'accesso asmatico, le tonsille erano più rosse e tumide. Gli ammalati del resto stavan bene: il maggior però aveva già un po' di enfisema polmonare. In seguito alla tonsillotomia gli accessi asmatici cessarono per sempre nel ragazzo più giovane, benchè andasse di poi soggetto a parecchi catarri bronchiali gravi; nel maggior essi rimisero solo di intensità e frequenza.

Mentre di solito l'ipertrofia delle tonsille e il catarro della gola nell'enfisema si ritengono come effetti della remora venosa nella cava superiore, allo stesso modo come ne sarebbe un effetto l'accesso asmatico; nei due casi esposti invece l'ipertrofia delle tonsille apparrebbe come causa diretta dei disturbi asmatici. Non appariva in essi nemmeno arrossamento e turgore della mucosa tracheale, che valessero ad appoggiare la teoria di Störk sull'asma bronchiale. L'Autore trova una somiglianza de' suoi casi con quelli osservati da Voltolini, Hänisch e Fränkel in seguito a polipi nasali. Secondo Voltolini i polipi determinerebbero l'asma per via riflessa, o perchè impedendo la respirazione alterano il chimismo del respiro e la tessitura del parenchima polmonare. Secondo Hänisch i polipi comprimono ed eccitano in certo modo le fibre del 10° nelle cavità nasali e nel luogo di minor resistenza: i polmoni, già offesi per l'insufficiente respirazione nella loro nutrizione e capacità funzionale, tanto più vanno soggetti a questo fenomeno riflesso, quanto più impedito è lo scambio gazoso. Kratschmer poi (*Ziemssen's Handbuch* IV, I, pag. 97), ha dimostrato questa influenza eccitativa riflessa di uno stimolo della mucosa nasale sui polmoni. Così Schmidt opina che allo stesso modo possano agire le tonsille ipertrofiche, imperocchè anch'esse ostacolano meccanicamente la respirazione. Nel fanciullo maggiore l'asma non cessò completamente dopo l'operazione perchè era anche enfisematoso.

Ueber Katarrhe der Respirationsorgane. (*Sui catarri degli organi respiratorii*); del dott. E. Moritz. (*Petersb. med. Wochenschr.*, I, pag. 39, 1876 e *Schmidt's Jahrb.*, 1877).

L'Autore dopo aver accennato che i catarri delle vie respiratorie sono assai frequenti nelle nordiche contrade, e quindi anche a Pietroburgo, fa risaltare che detti catarri, abbenchè possano sussistere a lungo senza disturbi nel generale, negli individui deboli e disposti alla tisi, eccitano od affrettano la manifestazione di questa malattia. Indagando poi i momenti causali di tali catarri, l'Autore trova che negli stessi, come nelle infezioni puerperali, nella difterite, nella tosse nervosa, ecc. ten-

gono gran parte gli infimi organismi vegetali. (!) I germi sparsi nell'atmosfera arrivano sulla mucosa aerea, e quivi trovano le opportune condizioni di sviluppo, quando per lo stimolo del freddo (negli inverni freddi ed umidi e nell'autunno) la mucosa stessa si iperemizza e secerne maggior copia di muco. Infatti nella secrezione bronchiale da catarro recente sono dimostrabili numerose forme di funghi; e la maggior parte dei detti catarri, come ogni altro, può venir trasmessa mercè un bacio o un fazzoletto. (Si trovan microzoi anche nel cerume dell'orecchio e nel muco nasale che si emette la mattina. — Zoja e De-Giovanni).

La moltiplicazione di quei parassiti sulla mucosa asciutta avviene abbondantemente, e la loro malefica influenza sembra aumenti al punto da provocare il medesimo processo anche in una mucosa non ancora iperemica. L'Autore trova delle analogie colle malattie acute d' infezione (tifo, colera), come pure coll'ordinario decorso delle ferite. Il pus, benchè di buona qualità, introdotto sotto la cute, agisce sempre da flogogeno, determinando flemmoni, ascessi e febbre. Quindi, secondo Moritz, anche per i catarri delle vie respiratorie si dovrebbe accettare il medesimo principio terapeutico applicato nella cura delle ferite. Per queste si hanno due metodi, la medicazione scoperta e la antisettica; ambedue fondate sulle teorie parassitarie. La medicazione scoperta esige libero afflusso dell' aria, e possibilmente rapido allontanamento dei prodotti patologici. Lo stesso principio è da porre in opera nei catarri bronchiali, e da ottenersi mercè opportuna ventilazione dell'organo respiratorio, e continuo allontanamento del muco dai minimi bronchi, il sottrae spesso alla funzione respiratoria delle porzioni di polmone. Tutto questo vien già dalla natura eseguito mediante la tosse, però si deve ajutarla artificialmente colle profonde inspirazioni, colla cura pneumatica, colla ginnastica respiratoria. Ma soprattutto importante è un'atmosfera pura, e quindi gli ammalati vengono d' inverno mandati nei climi meridionali, dove l'aria pura può essere respirata all'aperto, mentre a casa (cioè a Pietroburgo) ciò non è possibile a cagione del freddo che dispone alle infiammazioni. L'aria calda delle stanze è impura, e dimorando in quelle non si fa un po' di moto, che spinga ad eseguire profonde inspirazioni. Quindi le malattie di petto negli individui che stanno sempre rinchiusi, nei condannati, nelle scimmie di serragli, ecc. La secrezione stagnante di un precedente catarro bronchiale è un vero focolajo per l'ulteriore sviluppo della malattia.

Oltre l'aeroterapia, d'ora innanzi, ammessa la natura parassitaria dei catarri, si farà anche la cura antisettica. L'Autore afferma di aver ottenuto brillanti successi, specialmente in fanciulli, dalla polverizzazione di una soluzione d'acido carbolico al 3 per 0[0].

L'Autore concludendo richiama espressamente di nuovo l'attenzione sul fatto che nei paesi nordici i catarri delle vie respiratorie insorgono solamente per la lunga dimora in camere eccessivamente riscaldate, per mancanza di moto, di aria pura, ecc., e che quindi, rimediando a

queste cattive circostanze, si deve dare importanza anche alla cura antisettica, con tutto ciò egli non disprezza le altre cure con sale ammoniaco, bicarbonato di soda, ipecaquana, vino emetico, sudoriferi, ecc.

Zur Casuistik und Geschichte des in die Lunge perforirenden Empyem. (*Casuistica e storia dell'empiema perforante nei polmoni*); del dottor J. WAGENHAUSER. (*Bayer. ärztl. Intell. Blatt.*, 49-51 e *Schmidt's Jahrb.*).

L'Autore riferisce tre casi di empiema, osservati nella clinica medica di Gerhardt (Würzburg), i quali guarirono per sola risorsa naturale mediante perforazione dei polmoni e svuotamento dalla via dei bronchi. Questa esposizione, fatta con tutta diligenza, gli dà modo di tessere una storia della guarigione dell'empiema mediante la perforazione dei polmoni. Ippocrate fu il primo che ne osservasse dei casi. Da Ippocrate in poi fino al principio del nostro secolo non se ne parla più, non già perchè simili casi non si avverassero, ma venivano altrimenti interpretati. Nei trattati poi sulle malattie polmonari della prima metà del secolo si accenna a questo esito, ma coll'osservazione che di solito il caso è mortale a cagione del pneumotorace che ne segue. Wintrich però notificò alcuni casi di guarigione. Primo ad elevarsi contro l'idea dei trattatisti fu Hirsch (*Klinische Fragmente*, Königsberg 1858), il quale esponendo alcuni casi fece rilevare come dessi non siano rari, e come frequente ne sia pure la guarigione. Hirsch ritiene lo svuotamento all'esterno meno favorevole, e anche di guarigione più lenta, imperocchè anzitutto la pleura costale è più spessa (anzi maggiormente inspessita dall'essudato), quindi il lavoro di perforazione dura più a lungo; mentre poi il polmone per tanto tempo compresso difficilmente riacquista la facoltà di dilatarsi. Inoltre in tal caso lo svuotamento non è proporzionato; ed avvenendo rapidamente mentre il polmone non riprende il primitivo volume, continua a formarsi nel vuoto spazio dell'essudato in abbondanza; quindi facile consunzione; oltre che l'entrata dell'aria altera presto l'essudato e lo fa diventare icoroso.

Favorevoli invece sono le condizioni nello svuotamento all'interno. L'evacuazione può avvenire più presto perchè la pleura viscerale è sottile, e il tessuto polmonare soffice: non potendo poi avvenire tanto rapidamente per la via dei bronchi (tosse), anche il polmone a tempo di espandersi, e quindi non permette la produzione di nuovo essudato, il quale nel caso precedente finisce coll'esaurire l'ammalato. L'ingresso dell'aria è più limitato, e il pericolo di una rapida scomposizione del pus è minore.

Un altro svantaggio ha l'evacuazione all'esterno, che cioè non sempre accade nel punto più declive, per cui dentro la pleura può restare continuamente una raccolta di pus. Invece la perforazione polmonare pare avvenga sempre nelle parti inferiori. Circostanze sfavorevoli possono tuttavia verificarsi anche qui: impedita espansione del polmone, persistenza della secrezione, sviluppo della tubercolosi o tisi, ecc. — Hirsch espone brevemente altresì dei casi simili narrati da Lannelongue,

Wietfeld, Gourand, Kussmaul, Foft, Traube. Quest'ultimo a saputo dare una spiegazione del perchè nei casi in questione non si manifesta alcun pneumotorace. Prima si credeva che dipendesse dall'essersi la perforazione polmonare estesa fin al lume di un grosso bronco. Ma in un caso Traube trovò all'autossia una mancanza della pleura nel lobo inferiore, di forma ovale, larga circa 1" e lunga 2 1[2" alla quale corrispondeva solamente del parenchima polmonare, senza che si potesse constatare una comunicazione del sacco pleurico con un grosso bronco. Quindi Traube così spiega il fatto: dopo distrutta la pleura polmonare, e messo così a nudo il tessuto alveolare del polmone, il pus trapassa dal sacco pleurico nei bronchi, attraverso alle maglie polmonari come attraverso una spugna; la pressione potente esercitata dalle contrazioni muscolari nell'atto della tosse vince la resistenza opposta alla migrazione del pus dagli alveoli. La fuga di aria nel sacco pleurico vien impedita da ciò, che essendo la metà del torace compromessa immobile o quasi, la forza di aspirazione è insufficiente a far passare i gaz contenuti nei bronchi fin nella pleura. Così è che degli empiemi perforatori del polmone possono avere un esito favorevole.

Attualmente casi simili sono rari, imperocchè il medico precede la azione della natura con un atto operativo.

A Case of suppurative nephritis communicating with left lung. (*Un caso di nefrite suppurata comunicante col polmone sinistro*); del dottore Hardyman. (*The Lancet*, n. 26, II. 1877).

A. G. italiano, ammogliato, di 36 anni, entrò all'ospedale il 28 giugno. Godette sempre buona salute; da 15 giorni fu preso da dolore alla regione lombare sinistra, con brividi. Il dolore, riferibile al rene sinistro, si diffondeva in basso fino al testicolo corrispondente. Nulla all'ispezione; l'orina è molto colorata, ma chiara, non albuminosa nè purulenta. La temperatura era febbrile. Il 10 luglio altro accesso di febbre a freddo; si osserva un leggiero intumidimento alla regione lombare sinistra. L'orina sempre carica contiene poche cellule di pus. Il domani, essendo il tumore cresciuto manifestamente fluttuante, lo si punse e si svuotò con un aspiratore, estraendone circa 8 oncie di marcia. Nella notte insorse un subitaneo accesso di tosse, e il paziente espettorò circa 18 oncie di pus. Il polmone sinistro diventò ottuso alla percussione; si sentivano molti rantoli crepitanti in ambi i polmoni, ma più alla base del sinistro. La espettorazione di pus continuava; quindi si pensò di aprire alla regione lombare, e di inserirvi un tubo a drenaggio.

Allora i fenomeni polmonari andarono man mano scemando; anche dal lato dell'apertura lombare il paziente gradatamente migliorò, e il 15 luglio l'apertura si era chiusa. Ma ecco che di nuovo insorge la tosse, e l'espettorazione di pus. Sapendo com'eran le cose, subito si riapplicò il drenaggio; e finalmente il 26 tutto era finito. Le orine tornarono copiose, non molto colorate, libere da cellule purulente. I fenomeni polmonari più non si ripeterono; il 26 settembre il paziente godeva per-

fatta salute: solo una piccola porzione della base del polmone sinistro era rimasta ottusa alla percussione, ed il murmure respiratorio vi era indistinto.

On Chyluria. (*Sulla chiluria*). (*The Lancet*, 1877, n. 23).

Alla Società patologica di Londra il dottor Dickinson presentò un campione di orina chilosa, ottenuta da una giovane di 21 anni, nativa di Dalston, la quale una volta sola nella sua vita erasi assentata da Londra. Due anni prima della sua ammissione all'Ospedale di S. Giorgio essa cominciò a passare dell'orina chilosa, e diventò molto emaciata e debole. L'orina, alla sua entrata nell'ospitale, era di colore perfettamente bianco, come lattea, e conteneva dei coaguli, poco sangue, e nessun cilindro renale. La lattescenza era maggiore dopo il pasto, e l'orina conteneva quasi sempre molta albumina; una volta si coagulò in una massa sola. Generalmente vi si poteva dimostrare la base molecolare del chilo, ma non sempre. Fuori dell'ospedale la paziente viveva bene, e si curava col ferro e l'olio di fegato di merluzzo. Il dottor Dickinson pensando che la malattia dipendesse da un rigurgito del chilo dal dotto toracico, ideò di servirsi della compressione sul ventre. Lo stesso aveva già fatto il Bence Jones in un caso simile. Egli consigliò quindi alla paziente di portare un *tourniquet* stretto sull'ultima vertebra lombare. L'effetto immediato fu sorprendente; dopo la prima applicazione l'orina divenne quasi normale. La pressione, dapprima quotidiana, si impiegò poi solo a giorni alterni, ma il risultato fu assai soddisfacente; la chilosità dell'orina era scesa al disotto dell'ottavo di quel che era prima. La paziente crebbe in peso da 6 a 9 *stone* (peso di 14 libbre).

A spiegare la chiluria contribuirono non poco le ricerche fatte da Vandyke nell'India; egli crede che non sia una secrezione renale, ma una commistione del chilo coll'orina; imperocchè nell'orina chilosa gli adipi e gli albuminoidi starebbero nel medesimo rapporto come nel chilo; essa poi offre la medesima base molecolare del chilo, e il sangue non è chiloso quando lo è l'orina. Il detto Vandyke Carter avrebbe anzi osservato speciali *cellule chilose*. Dickinson dice che hanno gettato molta luce sull'argomento quei fatti in cui si verificò una eliminazione del chilo dalla superficie del corpo; dessa avvenne sempre dalla regione pelvica, o ipogastrica, o crurale, dove appunto il chilo può rigurgitare se il dotto toracico è ostrutto. Anche la mucosa delle vie orinarie si troverebbe nel dominio del dotto linfatico assorbente, e quindi suscettibile di diventar sede di una trasudazione di chilo. Ma pochi sono i casi noti in cui si potè fare l'autossia. In un caso, di Prout, i reni erano intatti; in un altro, di Isaacs, erano sede di tubercoli, che complicavano il caso; in uno, di Priestley, erano degenerati adiposamente; e il dott. Lewis, nella sua Memoria sulla Filaria, descrive dei casi in cui i reni, a fianco dei canalicoli propri, presentavano altri canalicoli d'aspetto grassoso; mentre il sangue contenuto formicolava di filarie. Dunque i reni non sempre sono malati; e la mancanza invariabile di cilindri renali, benchè sangue

e fibrina passino in quantità nell'orina, lascia supporre che la chiluria sia un' escrezione, un risultato della mescolanza del chilo all'orina in un punto qualunque delle vie orinarie.

La paziente di Dickinson era stata in cura un anno prima dal dottor Ord, il quale si era occupato dell'esame chimico dell'orina. Questa aveva allora l'aspetto e l'odore del latte; come principale elemento microscopico vi trovò le molecole del chilo, con poco sangue. V'erano pochi leucociti, i quali, insieme ai corpuscoli rossi, erano avviluppati in un coagulo delicato di fibrina, contenente pure larghe masse di protoplasma nucleato. Non v'erano nè filarie, nè cilindri, nè cristalli. Conteneva albume, sì allo stato ordinario che alcalino, e all'ebollizione formavasi sulla superficie una pellicola, come fa il latte. Non c'era zucchero. Il dott. Ord ne ha estratto un campione di grasso, il quale esaminato da Tudichum si mostrò costituito d'adipi neutri (oleina, palmitina, stearina) con poca quantità d'acidi grassi; non conteneva grassi fosforati, come alcuni hanno preteso. Il sangue, esaminato ripetutamente non si presentò mai anormale. Quindi Ord è del parere di Dickinson.

Anche il dott. Aless. Morison presentò un campione di orina chilosa. La paziente è un' Ebrea Algerina, d'anni 55, che da 30 anni vive in Inghilterra. È di buona famiglia, ebbe 8 figli; è grassotta e predilige l'alimento condito coll'olio. Quando si presentò al medico era già magra, emaciata; accusava gran debolezza, dolori lombari, sete, perdita d'appetito, costipazione, orina chilosa più la sera che il mattino. La quantità e la tinta lattiginosa variavano; peso specifico da 1040 a 1017; e dopo separazione dei coaguli 1035-1013; era acida, e coagulava spontaneamente: 12 volte vi si trovò anche dello zucchero, del quale Morison ottenne dei cristalli. Al microscopio non vi si trovavano nè filarie, nè cilindri; ma torule, leucociti, piccoli corpi rifrangenti. Coll'etere si separavano gli acidi grassi. Questo caso era già stato alle mani del dottor Leared, il quale avea osservato i sintomi costituzionali; egli non aveva mai osservato la presenza dello zucchero, nè prima, nè dopo filtrata l'orina. Egli crede che questa forma sia di spesso ereditaria, e che prevalga nella razza ebrea perchè questa consuma molto olio d'ulivo. Racconta pure un caso in cui la chiluria si dichiarò in seguito ad un grave accidente ferroviario, e dura da 15 anni.

Da questi fatti ancora non si può dedurre come avvenga la mescolanza del chilo e dell'orina: se direttamente per comunicazione dei chiliferi colle vie orinarie, o per rigurgito nei vasi venosi addominali, e quindi per una specie di circolazione ricorrente intra addominale, indipendente dalla generale. CONTI.

Un cas de cancer du foie. (*Un caso di cancro del fegato*); di AUSSILLOUX. (*Montpellier Medical*, tomo 39, pag. 290, 1877).

L'Autore narra di un contadino, di 37 anni, che ricoverava il 19 luglio nella clinica del prof. Dupré. Il paziente quattro anni fa, ebbe degli accessi di febbre palustre, di cui guarì, senza più recidivare; e

questa fu l'unica malattia prima dell'attuale; nessun morbo ereditario nella famiglia.

L'affezione presente, al dire dell'ammalato, non daterebbe che da un mese, perchè da un mese si è accorto dell'ingrossare del ventre; del resto un malessere generale, inappetenza, debolezza esistevano anche prima che il malato si fosse accorto dell'accresciuto volume del ventre.

Al suo ingresso nella clinica il paziente aveva la cute di color terreo, la faccia ed il petto molto scarni facevano contrasto coll'addome e cogli arti inferiori notevolmente cresciuti in volume. Al lato destro dell'addome si palpa un tumore che arriva in alto alle coste false, in basso alla spina iliaca anteriore superiore; il limite superiore di questo tumore è rappresentato da una linea curva a concavità superiore, che rimonta verso l'epigastrio e va a perdersi sotto le false coste sinistre; il bordo inferiore e regolare e tagliente.

Edematosi lo scroto e gli arti inferiori; quasi nullo l'appetito. Si fa diagnosi di cancro del fegato. L'ammalato venne a morte il 6 agosto; l'autossia confermò la diagnosi.

Ciò che è degno di nota in questo caso si è la brevità del decorso, se si calcola il tempo in cui si manifestò il tumore del ventre non che l'aver trovato nelle orine aumentata l'urea e l'acido urico. Se ciò è vero, contrasterebbe con quanto si ammette sulla proprietà riduttrice del fegato (Ma le ricerche dell'Autore come vengono rassegnate non danno le maggiori garanzie sul valore che ne trasse). B.

Ascesso epatico aperto per la via del polmone, guarigione in seguito all'impiego dell'acido fenico internamente; del dottor PASQUALE CARRESCIA. (*Morgagni*, dispensa, dicembre 1877).

G. Jonno, delle vicinanze di Napoli, robusto, orticoltore, di 45 anni, in conseguenza a forte patema soggiaceva a febbre violenta con dolore al costato destro, e corrispondente regione del collo, spalla e braccio; tale dolore accompagnavansi un senso di peso enorme sulla parte alta del petto, e febbri intercorrenti a vario tipo, e con alternata intensità, queste erano spesso combattute, e temporariamente allontanate dell'uso del chinino. Dopo un'alternativa di circa sei mesi, sempre sofferente, malatticcio, dimagrato, nella notte del 12 gennaio 1875 in seguito a tosse stizzosa provò istantanea una sensazione, come di qualche cosa che gli si fosse rotta entro il torace, ebbe vomito, e colla tosse, e col vomito dopo aver rejetti i residui di una parca cena, scorse con vera meraviglia che emetteva della marcia di colore rosso vinoso; nei giorni successivi continuò ad aver tosse, e ad escreare marcia della medesima qualità ma in copia assai maggiore e cioè persino di un litro al giorno. In queste condizioni chiese il salutare ajuto del dott. Carrescia, al quale ritenendo indubbiamente trattarsi di accesso della parte superiore convessa del fegato apertosi per la via dei bronchi dopo aver perforato il diaframma, ed attraversati i sovrastanti tessuti, concepiva un progetto di cura con triplice indirizzo. Svuotare l'ascesso — corroborare l'orga-

nismo, e combatterne il lavoro di consunzione coll'allontanare la febbre — indurre nel cavo dell'ascesso un' azione modificatrice, disinfettante.

Dietro le prime indicazioni amministrando espettoranti, dieta leggiera e nutriente, ottenne una diminuzione del lavoro di generale involuzione, ed un miglioramento nelle condizioni organiche; indi fatto tesoro del benefico effetto spiegato dall'acido fenico nella polmonite suppurante, a norma di quanto già ebbe a sperimentare l' illustre prof. Tommasi, propinò questo medicamento dalla dose di quindici fino a 40 goccie nella giornata da usarsi epicraticamente.

Dopo circa due settimane il quantitativo della marcia era ridotto entro esigui limiti, e le forze si rimettevano; accaddero esacerbazioni febbrili, ed aumenti nella escrezione marciosa, ma finalmente la convalescenza si pronunziò legittima, cessò la suppurazione, si ridussero i limiti della ottusità epatica che nel corso della malattia era quasi arrivata ad un doppio del normale, si allontanò la tosse, più non ricomparvero febbrili accessi, ripristinarsi regolarmente la respirazione ed il malato toccò la guarigione dopo cinque mesi di cura. e circa undici mesi dall' insorgenza di sua malattia. — Il dott. Carrescia attribuisce il principal merito di questo risultato all' impiego dell'acido fenico.

Arigo.

Lymphomatous tumour of the duodenum. (*Tumore linfomatoso del duodeno*); del dott. G. Reginold. (*The Lancet*, 1877, N. 26).

Giovanni S., fornaciaio, di 18 anni, fu accolto il 4 agosto 1875 nello Ospedale di Bradford. Ebbe parenti scrofolosi e tisici: fu sempre delicato, e 6 anni fa andò soggetto al vomito dopo il pasto; questo disturbo cessò dopo 6 mesi, e solo di quando in quando S. soffriva dei dolori addominali. Mai ematemesi, nè melena. Un mese prima dell'ammissione ricominciò a vomitare tutto quanto introduceva, qualche volta solo un pajo d'ore dopo. Nell'Ospitale accusava dolori epigastrici immediatamente dopo il pasto, i quali non cessavano che dopo il vomito. Era assai debole ed emaciato; lingua pallida e un po' sporca; intestino libero; non itterizia. L' addome era appianato e retratto, specialmente alla regione dell'ombilico, dove si sentiva una massa irregolare piana, estesa d'ambo i lati verso le regioni renali. Si pensò che fosse materia fecale arrestata in un punto del tenue; era molle al tatto, e inseparabile dalla colonna vertebrale, però distinta dal fegato e dalla milza; ottusa alla percussione. Gli altri visceri erano normali. Le orine molto acide, peso specifico 1035. Si dà thè e latte poco per volta.

Il 6 agosto ebbe l' escrezione di scibale; si diede una mistura effervescente. Il 9 minor frequenza del vomito, ma senso di ardore allo stomaco, e di ostacolo all'avanzamento del cibo nella regione ombilicale. L' 11 si dà del ghiaccio. Cinque giorni dopo cessarono dolori e vomito. Il 18 senso di strozzamento e difficoltà a deglutire: appetito mancante, emaciaziene progrediente. Si ordinano tre oncie di acquavite e un po' di birra, desiderate dal paziente. Il 31 edema alle estremità in-

feriori, e petecchie sul corpo. Al 1° settembre era da una settimana che non vomitava più, nè provava dolori dopo il pasto; però dopo una settimana l' appetito lo abbandonava ancora. Crebbero gli edemi, le petecchie.

Il 16 delirio, morte.

Autossia. — All'apertura del ventre nessun tumore visibile; portando in alto il colon trasverso appariva sul mesenterio un rialzo leggiero. Procedendo alla separazione del tenue, si vedevano le ghiandole mesenteriche ingrossare man mano verso il duodeno: qui poi, a guisa di pallettole, erano raccolte in massa attorno all'origine dei vasi mesenterici, e davano origine al tumore. Queste ghiandole alla sezione avevano l'aspetto di sostanza bianca cerebrale. Il duodeno era normale nel decorso e nella posizione: ma ne' suoi trequarti inferiori aveva le pareti tanto inspessite che non si accasciavano, e formavano una massa cilindrica, avvolta da un peritoneo lucente e liscio: nessun segno d'infiammazione recente o remota. Lo spessore delle pareti variava da 1[4 a 3[4 di pollice, ed avevano la stessa struttura cerebriforme delle ghiandole mesenteriche. Nessuna ulcerazione sulla mucosa, nessuna traccia di rammollimento o di degenerazione. Il quarto superiore del duodeno era normale; lo stomaco e il piloro pure.

Osservazioni. — Il vomito insorto 6 anni prima fu probabilmente il segno dell'iniziarsi dell'affezione: la sospensione dopo 6 mesi e la latenza del male non sono fatti rari nel decorso delle produzioni maligne prima del loro completo sviluppo. La struttura del tumore si sarebbe detta di cancro midollare: però se ne distingueva. 1° Per la mancanza del succo lattiginoso; 2° per la mancanza di forme secondarie negli altri organi; 3° per l'assenza di infiltrazione: le fibre muscolari, il peritoneo erano intatti; 4° per la mancanza d' ulcerazione; 5° per essere normale il calibro del tubo. Al microscopio si riconobbe il tumore linfatico, costituito da piccole cellule rotonde dentro una maglia reticolare. La posizione delle ghiandole ingrossate spiega in parte la grave emaciazione: imperocchè oltre all'essere le medesime fuori di funzioni, raccolte com'erano attorno all'origine dei vasi mesenterici, impedivano il deflusso dei fluidi intestinali assorbiti dalle altre. Questo caso è importante perchè viene a confermare quanto scrissero Welks e Moxon nel loro Trattato di patologia, sui tumori dell' intestino: « Il tenue va raramente soggetto al cancro, e allora questo per lo più assume la forma di linfoma, invade le ghiandole mesenteriche e le ingrossa enormemente. Questa specie di cancro ha i seguenti caratteri: 1° è raramente ulcerativo; 2° allarga anzichè restringere il canale intestinale; 3° ha poca tendenza a subire fasi degenerative. Ad occhio nudo lo si direbbe cancro midollare: cresce rapidamente. »

Progressive Hemiatrophie des Gesichts. (*Emiatrofia progressiva del volto*); del dott. E. BANNISTER. (*Chicago Journ. of nervous and mental dis.* III, 4 pag. 539 ott. 1876 e *Schmidt's Jahrb.* 1877).

Il primo caso raccontato dall' Autore riguarda uno stampatore di 22 anni, nella cui famiglia erano ignote le malattie nervose. Il suo padrone rimaneva sorpreso dal fatto di vederlo sudare solamente dal lato destro del volto quando eseguiva lavori faticosi, mentre il lato sinistro rimaneva perfettamente asciutto. Il dott. Bannister all'esame trovò quanto segue: il lato sinistro meno pieno del destro, la pelle più lucida e distesa, il pannicolo adiposo mancante, i muscoli di volume normale, ma gli spazii fra questi assai apparenti; anche la barba a sinistra è come disfatta, da nera diventò rosso-bruna e mista a numerosi peli bianchi. Non paralisi, nè crampi, nè alcun disturbo di motilità. Leggero esoftalmo a sinistra. La temperatura locale è a sinistra inferiore di 0.33° C. Secrezioni lagrimale e salivare eguale d'ambi i lati; sensibilità cutanea normale; senso del gusto diminuito o quasi mancante nel terzo posteriore della metà sinistra della lingua. Contrattilità elettro-muscolare normale.

Per 4 anni andò il paziente soggetto a frequente dolor di denti e di testa; da 2 anni osservò la prevalente traspirazione del lato destro, e nell'ultimo anno l'ineguaglianza dei due lati e l' arretramento del bulbo oculare sinistro. La compressione sul ganglio cervicale sinistro non è dolorosa; le pupille sono eguali, reagiscono prontamente alla luce. Il paziente non saprebbe indicare una causa di questa malattia.

L' Autore espone un secondo caso, che riguarda un negoziante, ammogliato, di 42 anni, di costituzione nervosa. Nell'anno 1864 egli era caduto della carrozza, riportando una ferita alla testa, un po' a sinistra della linea mediana, circa in corrispondenza della sutura coronale. Il giorno dopo aveva perduto la sensibilità al capo; delirò forse un mese, più tardi soffriva dolori fortissimi al sincipite ed alla nuca; per 2 anni non potè attendere ai propri affari. Quando Bannister visitò il paziente, trovò il lato sinistro della faccia assai dimagrito, ridotti sì i muscoli che le ossa, benchè i primi non fossero molto interessanti quanto alla funzione. Il pannicolo adiposo era pure scomparso. La pelle offrivasi di color normale, ma più sottile a sinistra; la barba a sinistra era meno sviluppata. Secrezioni e temperatura erano eguali d' ambi i lati; il paziente osservava però che dal lato offeso sudava meno. La sensibilità era minore a sinistra, così l' udito era deteriorato a sinistra, e la metà sinistra della lingua possedeva minore sensibilità gustatoria.

Dopo aver discusso sui sintomi di questi due casi, paragonandoli ad altri raccolti nella letteratura medica, e dopo aver passato in rassegna critica le teorie messe innanzi per spiegare questa malattia, l'Autore conclude: « L'emiatrofia facciale progressiva è una nevrosi: essa consiste in un disturbo funzionale dei nervi trofici, e specialmente della porzione trofica del trigemino. In alcuni casi sono interessati anche altri nervi

cerebrali e il gran simpatico; talvolta lo sono perfino i nuclei nel midollo allungato. Il disturbo è piuttosto un'astenia trofica cronica o paralisi, anzichè una forma irritativa. I mezzi terapeutici, e specialmente l'impiego dell'elettricità, possono venir usati con qualche speranza. La prognosi in riguardo alla vita è favorevole, finchè la malattia non prende altri nuclei nervosi. »

Zwei Fälle von gehirnkrankheiten. (*Due casi di malattie cerebrali*); del dott. R. Elben. (*Würt. Corr. Bl.* XLVI, 27, 1876 e *Schmidt's Jahrb.* 1877).

1° Caso. — *Apoplessia del cervelletto.*

Una donna di 55 anni, in buona salute, fu un dopopranzo colta sulla pubblica via da vomito repentino, e violenta vertigine per cui cadde a terra. Portata a letto, dopo un'ora e mezzo la nausea era cessata. Essa era sonnolenta; polso piccolo, 60 al minuto; alle domande dava breve risposta, lagnandosi di oppressione e dolor di testa, poi ricadeva nel sopore. Dopo un'ora e mezzo ancora perdette interamente la coscienza; sussistevano moti irregolari delle estremità, e tendenza a giacere sul lato sinistro; la bocca eseguiva come dei mavimenti di presa. Il polso era sempre piccolo e lento, il respiro non uniforme, la deglutizione impossibile. Il domani la paziente moriva verso 10 ore ant. presentando un polso pieno di 120.

Alla sezione si trovò un focolajo apopletico, della grossezza di una avellana, alla base dell' emisfero cerebellare destro, in corrispondenza alla parte mediana ed anteriore del cervelletto; il quale era pure penetrato nel 4° ventricolo, riempiendolo di sangne in parte liquido, in parte coagulato. Anche lo siero dei ventricoli laterali, normale in quantità, era tinto in sanguigno. Le grandi arterie del cervello presentavano spiccato ateroma.

Importante a rilevarsi in questo caso è la forte vertigine senza perdita di coscienza, e la mancanza di fenomeni convulsivi e paralitici. Fu solamente quando sotto la crescènte pressione, cominciò a soffrire anche il cervello, che svanì la coscienza, ed insorse la paralisi generale. Il rallentamento del polso vien spiegato coll'eccitazione del vago nel 4° ventricolo, e l'acceleramento suo nell' agonia colla paralisi del medesimo. Mancarono affatto le convulsioni, che secondo Nothnagel sono comuni nelle emorragie del quarto ventricolo.

2° Caso. — *Ematoma della dura madre.*

Un uomo di 63 anni, soffriva da qualche tempo di violento e periodico dolor di testa; l'ebbe pure tre giorni sono; quando il 14 nell' atto della defecazione (provocata da un purgante) venne preso da somma debolezza, e vertigine ripetuta, per cui cadde a terra due volte. Il 15 notavasi sonnolènza con delirio; il paziente giaceva a letto come corpo

morto. Il 16 paralisi delle estemità inferiori e del braccio destro; più tardi decisa emiplegia destra. Coscienza più netta. Questo stato durò alcuni giorni; finchè il 22 era il sopore di tanto aumentato che il paziente appena rispondeva *si* e *no* alle reiterate e forti domande; le estremità destre erano contratte, le sinistre mobili; di quando in quando contrazioni muscolari parziali. Dopo frequenti alternative tra il sopore, e la coscienza più o meno chiara e l' insorgenza di un'emiparesi, il paziente morì il 5 aprile, circa 22 giorni dal principio della malattia. All'*autopsia* si trovò, ematoma bilaterale della dura madre (un po' maggiore a destra) con una quantità di sangue complessivamente di 1|4 di litro: i lobi frontali e in parte anche i laterali, per la compressione erano diventati un po' concavi.

Per la diagnosi di ematoma finchè il paziente era vivo parlavano le ripetute interruzioni dei sintomi principali, nonchè la qualità dei sintomi medesimi: cefalalgia grave non localizzata, tendenza al sonno, oppressione del sensorio (per compressione del cervello) tanto maggiore coll'aumentare dello stravaso; e la specialità della paralisi la quale prima si manifestò alle estremità inferiori, poi anche al braccio destro; e solo più tardi si localizzò ad ambi gli arti di destra, a cui da ultimo si aggiunse una paresi sinistra. La paralisi del facciale era ben poco distinta.

Fall von ausgebreiteter Miliartuberkulose bei einer epileptischen Idiotin. (*Caso di tubercolosi migliare diffusa in una idiota epilettica*); del dott. E. Chambobd. (*L'Union*, 60, 1877 e *Schmidt's Jahrb.*).

Una piccola idiota di 4 anni, aveva debolezza degli arti, incontinenza d'orina; il cranio era voluminoso, asimmetrico; volto poco espressivo; indifferenza completa per le impressioni esterne; sordità, mutezza; funzioni vegetative normali, nutrizione buona. Fu ripetutamente colpita da accessi epilettiformi, e morì, presentando enfisema sottocutaneo del volto, del collo e del torace. L' esame del petto nel giorno della morte fece rilevare i sintomi di tubercolosi generale. Temperatura 37°,2, polso 156, respirazione 60. — All' *autossia* si trovarono i polmoni diffusamente infiltrati di tubercoli migliari, al medesimo grado di sviluppo, enfisema vescicolare delle parti superiori. Iperemici e in parte infiammati i lobi inferiori. Si trovarono pure tubercoli migliari sulle meningi in qualche punto delle circonvoluzioni, nel corpo striato e nel cervelletto; così anche nella milza e nei reni.

Non si potè trovare una causa per spiegare l'enfisema sottocutaneo; siccome però lo sviluppo dei tubercoli era ancora sui primordj è probabile che non dovesse dipendere da un processo di ulcerazione subordinato al rammollimento di qualche tubercolo. C.

Ueber vertige mental. (*Sulla vertigine mentale*); del dott. Lasègue. (*Gaz. des Hôp.* 3, 4, 1876 e *Schmidt's Jahrb.*).

La vertigine mentale incomincia col senso di angoscia e di oppressione al petto; sussegue un' oppressione di tutte le forze, con tremori

nelle gambe, e finalmente sconvolgimento della vista, come sull' insorgere di un deliquio. Questi fenomeni si succedono rapidamente nell' ordine anzidetto; sempre al sentimento psichico di angoscia precedono dei sintomi somatici; però non sempre vi è proporzionato. L'ammalato mantiene la propria coscienza, sa anzi che i suoi timori sono infondati; ma nè forza di volontà, nè conforti amichevoli valgono a vincere l'eccesso. La vertigine è destata sempre dalle medesime impressioni, assai spesso visive: come vista di uno specchio, di un ago, di certe bestie, ecc. Il chiudere gli occhi però non basta a far cessare la vertigine, la quale più spesso scompare sotto l' alterno aprire e chiudere delle palpebre. D'altronde altre impressioni psichiche, oltre le visive, possono determinare questa specie di vertigine, come l'ascesa di un punto elevato o di una carrozza, il trovarsi solo in una casa, ecc.

Caratteristico di questa vertigine si è che l'angoscia vien determinata da un qualche cosa di futuro, e non da un quid già sperimentato, già noto, come gli è nella paura ordinaria. Perciò in generale i pazienti sono incapaci di abituarsi a quelle impressioni che per esperienza riconoscono capaci di determinare la vertigine. Col frequente ripetersi degli accessi insorge facilmente un' angustia generale, però l' intelligenza resta sempre intatta.

Beobachtungen über Neurosen. (*Osservazioni sulle nevrosi*); del dottore L. Rohden. (*Deutsche med. Wochschr.* 1876, 40-41).

È noto che il dott. Braun, appoggiandosi al fatto che nessuna parte del corpo animale è così riccamente fornita di nervi come quella del canal vertebrale (Rüdinger), credette di poter spiegare una gran parte delle nevrosi spinali mercè l'ammissione di processi infiammatorii nelle vertebre e loro annessi immediati; e li designò col nome di *Spondylitis deformans*.

Anche Rohden, pur ammettendo che forse Braun andò troppo lungi, non può a meno di far osservare come frequenti debbano essere le alterazioni della colonna vertebrale, in ispecie della porzione cervicale, quando si pensi che le collezioni anatomiche ne offrono così numerosi esempi; benchè le medesime vengano fornite solamente da una classe infelice della società. L' Autore espone di volo 18 osservazioni, appunto allo scopo di chiamar l'attenzione dai medici su questo fatto. Alcune di queste nevrosi hanno tal complesso di sintomi da far sospettare una tisi ed Hirsch chiama infatti questi casi col nome di *Pseudotisi* o *Tisi simulata*. E Rohden non si ristà dal confessare che buona parte della fama acquistata dalle sorgenti di Lippspringe devesi probabilmente ai buoni effetti delle medesime nelle tisi di questo genere. Però la diagnosi ne è tutt'altro che facile, e bisogna procedere guardinghi nel formularla, perchè non di rado una vera tisi subentra a queste nevrosi di lunga durata.

Ueber einige fälle von acuter tödlicher Spinallähmung. (*Sopra alcuni casi di paralisi spinale acuta mortale*); del dott. C. Westphal. (*Archiv. für Psychiatrie und nervenkrank.* V. I, p. 765, 1875).

L'Autore espone tre casi clinici che rispondono nella forma e nel decorso alla *Paralisi acuta progressiva di Landry.* La caratteristica in essi tutti fu quella di una debolezza di motilità, apparsa primamente nelle estremità inferiori, ed estesasi poi rapidamente, paralizzando le medesime, nonchè la muscolatura degli arti superiori e del tronco: e finalmente condusse alla morte per compartecipazione del midollo allungato. I disturbi di sensibilità non apparvero che come manifestazioni secondarie, e colpirono sempre nei tre casi le parti periferiche delle estremità. La durata della malattia fu in media di 4 settimane: la morte seguiva per paralisi dei muscoli toracici e subentranti affezioni polmonari.

L'Autore aggiunge un 4° caso, al quale non si potrebbe veramente applicare l'epiteto di *progressivo*; era un uomo di 64 anni, il quale da lungo tempo portava un'ulcerazione estesa alla coscia, quando fu sorpreso da un *colpo* nel quale diventò alalico e paralizzato nel facciale di destra. D'allora il paziente non potè più nè parlare nè deglutire; la lingua, le labbra erano immobilizzate. Alle estremità si notava una riduzione dei muscoli delle braccia; l'eccitabilità faradica era dappertutto normale: morì dopo 12 giorni. Tuttavia casi simili si ascrivono oggidì alla paralisi di Landry: resta indeciso se, ove fosse durata a lungo la vita, si sarebbe dichiarata anche la paralisi delle estremità.

Nei 4 casi accennati, malgrado diligenti ricerche anatomiche, e in parte microscopiche, nulla si potè concretare di positivo circa le alterazioni degli organi centrali. Clinicamente però tra la paralisi spinale acuta atrofica degli adulti (nonchè dei fanciulli) e la paralisi di Landry acuta progressiva passano delle sensibili differenze: in questa persiste l'eccitabilità faradica, e l'atrofia non e molto sensibile; in quella presto si spegne l'eccitabilità, e l'atrofia è rapida. L'esito pronto mortale è pure caratteristico della paralisi di Landry. Però nemmeno per la paralisi di Duchenne si è potuto fissare finora la ragione anatomica: solo possiamo dubitare, paragonandone i sintomi con molti fatti sperimentali, che le alterazioni abbiano a trovarsi o nella sostanza grigia delle corna anteriori, o nei nervi periferici. Invece per la paralisi acuta progressiva non abbiamo indizii di sorta sulla sede della malattia. Il vecchio sospetto che si tratti di una malattia d'infezione avrebbe ricevuto conferma del meraviglioso fatto osservato da Baumgarten (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1875, N. 43, pag. 598), nel quale questi, esaminando il sangue ed altri freschi umori dei tessuti di un individuo morto per paralisi acuta progressiva, avrebbe ritrovato un'abbondante produzione di forme parassitarie, analoghe a quelle che si osservano nel *sang-de-rate* degli animali.

Ein fall von langdauerndem Priapismus. (*Caso di priapismo insistente*); del dott. M. WALKER. (*Amer. Journ.* 1877, p. 565 e *Schmidt's Jahrb.* 1877).

Un negro di 26 anni, fu sorpreso una notte, senza ragione nè sensazioni voluttuose, dall'erezione del pene, alla quale però il glande non prendeva parte interamente. Nulla si ottenne dalla narcosi cloroformica completa, nulla dalle applicazioni fredde, dal bromuro di potassio, dalla belladonna. L'orina doveva essere estratta mediante un catetere flessibile. Si provarono anche i bagni caldi, il tartaro stibiato, il cloralio senza risultato. Al 18° giorno si tentò la tintura di veratro, dieci goccie ogni tre ore, finchè la frequenza del polso si ridusse a 60. Dopo tre giorni il rilasciamento era considerevole. Ma prima che fosse completo, si sentiva un piccolo anello duro attorno ai corpi cavernosi, 2" sotto il glande. La convalescenza fu assai lenta: appena si sospendeva la veratrina, il pene tornava duro e dolente. L'anello duro era scomparso. Dopo parecchie settimane la guarigione si completò; ed allora potè notarsi che, sebbene il paziente avesse dei desideri erotici, l'erezione non si effettuava.

Ueber Athetose. (*Sull' atetosi*); del dott. BERNARDT. (*Virch. Arch.* 67, 1) e di BJÖRNSTRÖM (*Schmidt's Jahr.* 1877).

Bernhardt osservò quel complesso di sintomi, attribuito da Hammond all'atetosi, in un ragazzo di 12 anni, il quale fino a 4 anni fu sano, poi, in seguito ad una malattia esantematica, presentò una falsa direzione del piede destro, e movimenti abnormi della mano destra. Appena si ecciti l'attenzione del paziente incominciano i movimenti disordinati delle dita di destra, meno marcati al piede destro: Abduzione, adduzione, flessione, estensione; e continuano durante la notte. La sensibilità del lato destro è alquanto diminuita. Nella famiglia del paziente si notarono già altre forme nervose; così la corea in un fratello maggiore e in una sorella.

Quanto alla questione se noi dobbiamo nell' atetosi riconoscere una nuova malattia, l' Autore stima che la si debba ascrivere a quel gruppo di malattie conosciute sotto il nome di *Corea post-paralitica* (Weir Mitchell) o *Emicorea post-emiplegica* (Charcot). Egli ritiene che l' atetosi sia una corea modificata, per lo più dimidiata; però vuole che le sia conservato il nome attuale. Quanto alla sede dell'affezione l'Autore concorda con Charcot e Hammond, i quali la localizzano nell'estremità posteriore del talamo ottico, nucleo caudato e parte infima del piede della corona radiata (Charcot); oppure nei grandi gangli cerebrali (Hammond) del lato opposto a quello affetto.

Il prof. Björnström descrive un altro caso di questa malattia, e la ritiene non come un'entità morbosa speciale, dovuta a singolari alterazioni anatomiche del sistema nervoso; però come una forma che non si può confondere colle altre di ipercinesi e dovuta forse ad una neurosi funzionale di motilità, ad un disturbo funzionale dei nervi motori senza determinate lesioni anatomiche.

Ueber die Schlafkrankeit im Westen Afrikas. (*Sulla malattia del sonno nell'Africa occidentale*); del dott. ALBERT GORC. (*Brit. medical Jour.* 2, 1875 e *Schmidt's Jahrb.* 1877).

La malattia del sonno osservata negl'indigeni delle coste occidentali dell'Africa venne fedelmente descritta dal Fergusson. Il sonno sorprende gli ammalati in qualunque posizione: così un ragazzo di 12 anni ne è preso alla scuola in mezzo al chiasso dei compagni, un soldato lo è mentre mangia. In alcuni casi giovarono i drastici; in altri nè drastici, nè sanguisughe, nè vescicanti alla nuca portarono alcun giovamento. Sopravvenne anche decubito, incontinenza dell'alvo e collasso. All'*autossia* si trovò la dura madre normale, l'aracnoidea arrossata e assai vascolare, la pia madre sana. La sostanza cerebrale era straordinariamente consistente; dalla superficie di sezione non gemeva pur una goccia di sangue; i seni erano vuoti. I ventricoli laterali contenevano circa sèi grammi di siero. Organi toracici normali; gli addominali nulla presentavano di straordinario.

Da un'altra relazione (24 ottobre 1875) ricaviamo quanto segue: Qualche volta, se il corpo non gonfia già al principio della malattia, gonfia poi in seguito. La pelle diventa secca e friabile; le forze scemano rapidamente; le forme più massiccie vengono ridotte. La malattia può durare 6-12 mesi; poco prima della morte il paziente cessa di dormire. L'Autore non ha mai visto un negro del Congo morire d'altra malattia. Nell'Ospedale della Colonia, a Sierra Leone, furono curati in quattro anni (1846-1850) 112 casi di tale malattia; nei sette anni invece (del 1° gennaio 1860 al 31 dicembre 1866) soli 67 casi. Di questi 179 malati 132 morirono, e 47 guarirono. Non pare che in tutti i casi la malattia abbia per causa un ingrossamento delle ghiandole cervicali, e quindi disturbi di circolazione. Intanto l'eziologia di quest'affezione è ancora oscura.

Così l'Autore: a noi sembra che la *sleeping sickness* sia una forma sintomatica di affezione congestizia intracranica, forse meningo-cerebrale.

Hochgradige kleinheit des Cerebellum. (*Straordinaria piccolezza del cervelletto*); del dott. MAX HUPPERT. (*Arch. für psychiatr. u. nervenkrank.* VII, 1 pag. 98).

Il seguente caso diede modo all'Autore di studiare le funzioni del cervelletto. Certo G. guarito d'una tifoide, andava soggetto a crampi epilettici e a convulsioni coreiche, scomparendo i quali fenomeni egli restò ebete. Quando fu accolto nel Manicomio di Hochweitzschen aveva 22 anni, era incerto nei suoi moti, favellava con difficoltà; la scattola cranica era relativamente piccola. Assai importanti erano i disturbi di mobilità; i moti degli arti non si potevano dire paralitici e nemmeno coreici; abbenchè braccia e mani si movessero goffamente, come fossero troppo pesanti, e oltrepassassero l'oggetto che volevano afferrare, i loro movimenti non erano nè involontarii nè crampiformi. Nel sedere, la

parte superiore del corpo cadeva come abbandonata, e il paziente non poteva stare in tal posizione senza appoggiarsi: nella stazione eretta, malgrado la forte tensione delle gambe, doveva pur cercare di affrancarsi a qualche cosa. Nell'oscurità egli inciampava e cadeva facilmente. Camminava a gambe larghe, con passo pesante, slanciando un piede e poi lasciandolo cadere di peso; cosicchè anche il tronco oscillava meccanicamente. Più caratteristico ancora era lo sforzo che il paziente doveva fare per levarsi dalla posizione orizzontale: cioè egli faceva come un salto col quale lanciava il tronco in alto, finchè arrivato nella posizione supina si aiutava colle mani per tenersi fermo sul letto. In tutti questi movimenti però nè la forza muscolare bruta, nè l'influenza della volontà parevano diminuite. La muscolatura era normalmente sviluppata. Pare non avesse mai avuto vertigini.

L'Autore distingue qui due gruppi di lesioni della motilità: 1° i movimenti anormali proprj delle estremità; 2° la difficoltà di mantenere l'equilibrio e di alzarsi dalla posizione orizzontale. Ambedue dipendono dalla medesima causa, e cioè da una specie d'ignoranza o di cattivo calcolo della quantità di forza muscolare, per cui si producono movimenti ora troppo deboli, ora troppo forti. Oltre a questi fenomeni atassici, anche la loquela difficoltata, e l'abbandono frequente del capo all'indietro, accennano ad un'affezione del cervelletto.

Il paziente morì 2 anni dopo di tisi polmonare. Ecco quanto presentò alla sezione la cavità cranica e il suo contenuto. La scattola ossea era da ogni lato ristretta, più rotonda che lunga, asimmetrica. Le fosse posteriori erano assai piane e basse, ma non impiccolite. Il cervello era evidentemente piccolo, e la sua superficie mostrava delle circonvoluzioni appianate, poco tortuose. La sostanza cerebrale era di consistenza uniformemente aumentata, anemica. Le eminenze quadrigemine apparivano alquanto impicciolite così pure le gambe del cervello. Il ponte di Varolio e la midolla allungata erano senza dubbio impicciolite. Il cervelletto poi era ridotto della metà in volume e molto indurito: la riduzione era sorprendente agli emisferi, i quali erano assai sottili e piatti; anche il verme aveva perduta la sua caratteristica conformazione. La diminuzione di volume era uniforme per tutto il cervelletto, quindi non vi si constatavano alterazioni di forma. La consistenza era pure decisamente aumentata. Il midollo spinale non si poteva più dire impiccolito, solo nel suo terzo inferiore era per 3-4 cent. rammollito.

Al detto rammollimento spinale l'Autore ascrive una leggiera paresi delle estremità inferiori, la quale era mascherata degli altri fenomeni motorii: i disturbi in questi sono da ascriversi alla piccolezza del cervelletto. Questa sembra dovuta non ad un arresto di sviluppo, ma ad un'alterazione di nutrizione sopravvenuta nel 3° anno di vita. L'Autore finalmente chiarisce, dietro le ricerche di Wundt, che i fenomeni atassici stanno in relazione con una diminuzione della sensibilità, le impressioni della quale partendo dalle estremità messe in azione (arti e co-

lonna vertebrale) rappresentano alla mente la posizione di queste parti istesse. La piccolezza del cervelletto poi, dipendente da un primitivo rallentamento nello sviluppo, può venir considerata anatomicamente come una malattia o una degenerazione, e funzionalmente come un'impedita o insufficiente attività di questo organo.

Case of sudden coma and paralysis; rapid death; hydatids of pineal gland, liver and peritoneum. (*Caso di coma e paralisi istantanea; morte rapida; idatidi della ghiandola pineale, del fegato e del peritoneo*); del dott. H. Smith. (*The Lancet*, 1878, N. 2).

Questo caso è assai interessante. M.., italiano, di 15 anni, venditore di sorbetti, vien accolto il 5 maggio 1877 completamente comatoso. Quelli che lo portarono raccontano che lo trovarono giacente nella via, senza sensi, cianotico, rigido, che perdeva sangue dalla bocca. Assicurano che non era intemperante, e che godette sempre buona salute; non aveva sofferto maltrattamenti.

In quel mentre giaceva comatoso; faccia scura, labbra livide e sporche di sangne; gengive pallide; congiuntiva poco sensibile; pupille eguali, miotiche, fisse; rantoli mucosi nelle fauci, difficile inspirazione, non stertorosa; respirazione 29, temp. 95° F., polso impercettibile: nessuno odore di alcool alla bocca, nessun segno di violenza; estremità fredde e livide, e affette apparentemente da paralisi completa e insensibilità. Pizzicando i muscoli pettorali, il paziente alzò la mano e ritirò la spalla, lamentandosi come se sentisse dolore. — A poco a poco riacquistò la coscienza e la facoltà di movere gli arti; era entrato alle 5 1/4 di sera, e alle 9 diceva di star meglio: però si lamentava di dolori al ventre; il polso era ancora impercettibile, le estremità meno fredde. — Poco prima delle 6 del mattino seguente vomitò un liquido bruniccio; rizzandosi sul letto, gridava per i dolori addominali. Alle 6 era morto (ore 13 dopo l'accettazione).

Autopsia. — Corpo ben nutrito, livido; nessun edema; leggiere abrasioni alla coscia sinistra. *Torace*: polmoni piccoli e più collassati dell'ordinario, quasi privi d'aria: un po'enfisematosi sui margini, un po'ingorgati posteriormente. Nella parte superiore del polmone sinistro eravi una picoola massa calcarea della grossezza di un pisello; del resto sì i polmoni che le pleure erano sani. Il cuore era normale; l'arco aortico presentava due piccole macchie opache sulla interna superficie. *Addome*: eravi una piccola cisti idatigena raggrinzata sul peritoneo tra il retto e la vescica; leggiera injezione del peritoneo corrispondente al tenue. Lo stomaco conteneva un liquido brunastro con qualche frammento di cibo semi-digerito, la mucosa era un po' arrossata verso il cardias, e presentava qua e là delle chiazze emorragiche. L'intestino era normale, i follicoli solitarj erano un po' prominenti, e la mucosa rettale un po' congesta. Il *fegato* era molto voluminoso: sulla superficie superiore del lobo sinistro si notava un'intaccatura lineare, come da cicatrice, benchè non vi corrispondesse niente dalla parete addominale, nè alcun tessuto

cicatriziale penetrasse nella sostanza dell'organo. Non è improbabile che la cisti idatica trovata in basso tra il retto e la vescica si fosse staccata da questo punto e andata a impiantarsi sul peritoneo. Sulla parte posterior superiore del lobo destro si nota un tumore piuttosto duro: spaccando il quale si trova alla superficie una cisti idatica, e a fianco una vasta cavità (della grandezza di forse un pugno), tappezzata da una membrana raggrinzata, del color della bile, di resistenza calcarea, aspra al tatto: essa conteneva parecchie piccole cisti idatiche chiare, e e una più grande collassata, con poca bile. Nella parte anteriore della faccia superiore del lobo sinistro esisteva pure un'altra cisti degenerata, contenente materia in parte gelatinosa, in parte calcarea. Il parenchima epatico era normale. All'esame microscopico delle cisti, vi si riconobbero molti echinococchi. — Negli altri organi niente di speciale. — *Testa*: Dura madre congesta, sostanza cerebrale sana e ferma. Si trovò una piccola cisti chiara, assai probabilmente idatica (benchè non se ne facesse l'esame microscopico onde conservare il preparato), nella ghiandola pineale; ed alcuni vasi vi passavano sopra, senza penetrarne le pareti. Questa aveva un volume doppio di quello della ghiandola medesima, e non pareva che esercitasse alcuna pressione sulle parti vicine. — Il midollo spinale era intatto.

Possiamo aggiungere che i plessi coroidei erano forse un po'più turgidi del normale.

Intracranial sarcomatous tumour in connexion with the auditory nerve. (*Tumore sarcomatoso intracranico in rapporto col nervo auditivo*); del dott. P. Field. (*The Lancet*, 1877, N. 23),

Il caso di Field è importante, perchè riguarda una lesione rara in rapporto col nervo acustico. Quando esso cadde sotto l'osservazione dell'Autore era troppo tardi per fare un'esatta diagnosi dell'origine della malattia. Però ecco quanto si potè raccogliere.

E. J., di 29 anni, non sa dare molte notizie sul proprio conto. Andò soggetta a cefalee, a vomito, e ultimamente la sua vista andò alterandosi. Dice che jeri ci vedeva poco, ed oggi (29 gennajo 1877) ci vede ancor meno; accusa dolore pulsativo alla testa; difficoltà di deglutire; molto sorda, risponde a stento; il cibo le scappa fuori dall'angolo della bocca; polso debole 75, temperatura normale. Si ordina dramme 1 1/2 di soluzione di percloruro di mercurio in un'oncia d'acqua canforata, 3 volte al giorno.

3 febbrajo: sta meglio, ci vede un po'più: cefalea frontale, vertigini; paralisi marcata del lato destro della faccia, e indebolimento degli arti di destra. Sensibilità pressochè eguale d'ambi i lati. All'esame oftalmoscopico si riconosce una doppia nevrite ottica in istadio avanzato, con atrofia della papilla.

Era difficile determinare se la sordità fosse dovuta ad un difetto dell'apparato uditivo o ad ebetudine.

5 detto. Jeri alle 5 pom. perdette per breve tempo la coscienza:

forti rumori venivano prodotti nelle fauci; la gamba destra era retratta, il braccio destro flesso, col pugno stretto; le estremità destre erano generalmente rigide; spuma alla bocca.

6 detto. Dita della mano destra contratte: sensibilità eguale sì a destra che a sinistra della faccia e del tronco. La lingua piega a destra più del solito; il cibo resta tra i denti: l'occhio sinistro è strabico all'interno: la vista è offuscata del tutto; polso 76, temperatura normale: aumentata la paralisi facciale.

Fatta alzare la paziente si riconosce che non solo la gamba destra viene trascinata, ma che avvi davvero mancanza di controllo sulle attività degli arti inferiori, e l'impaccio dei loro movimenti fa sospettare fortemente di una lesione al cervelletto. La paralisi crociata — cioè del 6.° pajo a sinistra, della faccia e delle estremità a destra — farebbe localizzare la causa al lato sinistro del ponte, e insieme sarebbe offeso il cervelletto, stante l'atassia delle estremità inferiori. La coincidenza poi di cefalea, vomito e doppia nevrite ottica appoggierebbe la diagnosi di probabile tumore cerebrale: ma resta difficile a spiegare come un tumore di tal sede comprima solamente il 6.° pajo — esso dovrebbe per lo meno offendere anche il nucleo del 7.° (nel ponte di Varolio).

9 detto. Un po'meglio, ma sonnacchiosa. L'occhio sinistro può venir toccato senza che la paziente reagisca.

12 detto. Verso le 11 antimeridiane ebbe un accesso, con gorgoglio nelle fauci; la perdita di coscienza durò 10 minuti. Alle 4 pom. un secondo attacco simile, che durò pure 10 minuti; alle 7 pom. un terzo. La pelle era fredda durante gli accessi. La sordità aumentò; colla mano la J. è incapace di afferrare. Notte tranquilla.

15 detto Pare migliori: cefalea frontale, sordità aumentata; alimento e saliva sfuggono dalle labbra. Temp. normale.

19 detto. Passò la notte in uno stato di torpore, dalle 6 pom. alle 4 antim. Alle 11 antim. vi ricadde: giace supina, colla bocca aperta, arti distesi; non si muove nemmeno a toccarle l'occhio; la lingua si agita in su e in giù; polso 86 regolare. Verso le 9 pom. trovasi ancora nello stesso stato di stupore, e vi resta fino alle 4 del mattino successivo; molto più sorda; fa movimenti inconscienti: mano destra impotente.

21 detto. Non fu più comatosa, tarda nel rispondere; orine torbide, polso specifico 1031; faccia turgida, specialmente a destra, ma indolente.

1.° marzo. Polso 61, faccia molto rossa; udito assai duro; movimenti irregolari delle dita della mano sinistra; temperatura normale. Diarrea; l'orina contiene del muco, polso specifico 1024.

6 detto. Cessata la diarrea: un po'meno sorda.

8 detto. Macchie molto rosse sotto gli occhi; bocca un po' più deviata a destra.

13 detto. Non troppo bene.

19 detto. Respiro stertoroso, poco cosciente; delira per il pasto.

23 detto. Non risponde più; occhio sinistro chiuse, destro semi chiuso.

17 aprile. Nel frattempo fu quasi sempre nelle medesime condizioni: la paziente è cieca affatto e molto sorda; ad intervalli si mette a gridare perchè vuole del cibo; il fondo di tutti e due gli occhi è ardesiaco; la funzione intellettuale è distrutta.

29 detto. Morte.

Alla sezione si trovò un tumore della grossezza di un arancio maltese, aderente alla superficie posteriore della rocca petrosa destra, appena sopra il meato uditivo interno. Esso mostravasi solcato e corrugato alla superficie allo stesso modo del cervelletto; ed alla sezione si sarebbe detto formato di tessuto cerebrale. Confinava posteriormente col margine superiore del midollo. Il punto di partenza era al meato uditorio interno, dalla dura madre che tappezza questo ed involse l'8.° pajo: non si estendeva però dentro al meato medesimo. All' esame microscopico si riconobbe che era un tumore sarcomatoso, e molto vascolare.

De la blépharoptose cérébrale. (*Della blefaroptosi cerebrale*); del dott. L. Landouzy. (*Archives gén. de med.*, agosto 1877).

I casi classici di blefaroptosi isolati sono generalmente ascritti ad una paralisi *diretta*, da causa che agisce immediatamente sul nervo elevatore della palpebra superiore, nel suo tragitto intraorbitario. Le osservazioni molto interessanti raccolte da Landouzy riguardano casi in cui la ptosi era dissociata, o accompagnata da fenomeni paretici o paralitici in altre parti del corpo, dipendentemente da lesioni centrali cerebrali. Nei dieci casi esposti dall'Autore mancano lesioni nervose periferiche, mentre sono costanti le lesioni centrali — e l'effetto paralitico è appunto *crociato* rispetto ad esse, come avviene delle paralisi da causa centrale. A spiegare questa dissociazione sintomatica, l'Autore è indotto a far delle indagini sulle origini del nervo oculomotore comune — e ad ammettere che le fibre, il cui concorso forma il 3.° pajo, sono già dissociate in origine. Si tratterebbe di ripetere per questo nervo quanto già si è dimostrato per il 7.° pajo: la clinica ha fatto nascere il sospetto (confermato poi da ulteriori indagini anatomiche) che la parte inferiore del facciale avesse un'origine diversa da quella del facciale superiore. La clinica ancora insegnerebbe oggi che il ramo elevatore della palpebra superiore deve avere un'origine isolata, lontana da quella degli altri rami che costituiscono il 3.° pajo.

Le osservazioni di Landouzy farebbero infatti concludere: 1.° che l'origine o centro motore dell'elevatore della palpebra deve esser cercata nella regione posteriore del lobo parietale; 2.° che quest' origine non confina immediatamente coi centri motori degli arti, perchè le lesioni di queste possono restare indifferenti a quello; 3.° che tra i fasci nervosi costituenti il 3.° pajo solo quelli dell' elevatore della palpebra serbano rapporti cogli emisferi.

Anche dal punto di vista funzionale pare che così dovrebbe essere, dal momento che il ramo elevatore della palpebra superiore, più che a proteggere il bulbo oculare, contribuisce all'espressione della fisonomia, e quindi deve essere più immediatamente sottoposto all'influenza dei centri psichici.

Intanto i fatti raccolti dall'Autore accertano l'esistenza di una blefaroptosi paralitica cerebrale, *crociata* per rispetto alle lesioni, *limitata* per rispetto agli altri rami dell'oculomotore comune. Mentre pare esclusa una paralisi cerebrale *totale* del medesimo nervo: il qual fatto negativo sembra provare, che se esso ha altri fasci d'origine cerebrale, questi non mantengono rapporti di vicinanza col ramo elevatore della palpebra. Sotto questo punto di vista altresì la clinica insegna all'anatomia che la fusione tra i diversi fasci d'origine del 3.° pajo non si fa nell'emisfero, perchè le lesioni di questo, centrali o corticali, circoscritte o diffuse, non interessano mai contemporaneamente i rami della palpebra e quelli dei muscoli oculari.

Messi così sull'avviso i pratici, si riescirà forse più tardi, mercè nuove esservazioni ed indagini, a localizzare l'origine del ramo in questione.

De l'épilepsie par malformation du crâne. (*Dell'epilessia per cattiva conformazione del cranio*); di C. Lasègue. (*Ibidem*).

L'Autore insiste sulla distinzione che deve farsi tra epilessia essenziale ed epilessia sintomatica; la prima costituisce da sè tutta la malattia — la seconda non è che una forma sintomatica, accanto alla quale il medico deve rilevare gli altri sintomi cerebrali, e nelle sue crisi merita piuttosto il nome di *epilettiforme*. Le crisi comiziali vere hanno una fisonomia speciale, si manifestano ad intervalli più o meno fissi, subiscono un'evoluzione propria mantenendo però costanti il carattere. Non così le crisi epilettiformi: di esse la causa è spesso evidente: diversi avvelenamenti a localizzazioni cerebro-spinali, e specialmente l'alcoolico — i tumori intracranici, siano o no di natura sifilitica, ecc. « In tali casi si suol dare agli accessi convulsivi il nome di *epilettici*: se invece di accontentarsi delle parole analizziamo i fatti, si conosce che trattasi di *crisi epilettiformi*, a manifestazioni indecise, troppo gravi o troppo piccole. L'accesso è fortuito, una specie di incidente: la diagnosi medica si fonda sugli altri disturbi encefalici — l'accesso comiziale non costituisce tutta la malattia, e anche non ripetendosi l'individuo resta tuttavia sempre ammalato. » L'Autore è però costretto a fare delle concessioni: talora in seguito a traumatismi sul cranio, quando sia stato prodotto un infossamento dell'ossatura (sia pure poca cosa), svaniscono tutti i fenomeni morbosi, e un bel giorno il paziente cade per un brusco accesso epilettico caratteristico. D'allora in poi la malattia diventa implacabile, ed ha tutti i segni di un'epilessia essenziale: fuori degli accessi non esistono altri indizii di una condizione morbosa cerebrale.

Ciò posto, l'Autore prende a considerare i caratteri dell'epilessia essenziale. Essa non si sviluppa che entro certi limiti d'età, si può affermarla impossibile dopo i 20 anni; ha un decorso sorprendentemente invariabile: già la prima volta scoppia con una violenza che non sarà mai maggiore in seguito; non tien regola d'apparizione; anche avvenendo delle complicazioni, dopo i ripetuti insulti, esse non influiscono nè sul decorso, nè sul modo degli attacchi. Mancano i prodromi: la storia delle *aure* è piena d'esagerazione, e non riguarda che i casi misti, *epilettiformi*. Ogni accesso si assomiglia, ed è di brevissima durata: ogni crisi che si prolunghi dev'esser sospetta — o si compone d'una serie di accessi brevi, o non appartiene al tipo classico. Così non dobbiamo fidarci quando col tempo gli accessi si fanno più violenti: insomma gli accessi veri epilettici sono così uniformi, che nemmeno la pubertà, nemmeno la costituzione dell'individuo vi può influire — e così implacabili che la terapeutica finora non riescì che a ritardarli o a sospenderli.

Dove l'Autore sorprende è quando asserisce che l'epilessia non è ereditaria. Però i fatti gli danno ragione: lo stato di salute dei genitori vi ha solo un'influenza indiretta, benchè grande: gli ascendenti sono facilmente individui degenerati di costituzione, e non di rado patematici od alienati. Talora invece nulla si trova, o solo forse qualche accidente del parto.

A spiegare questo quadro curioso dell'epilessia tipica, mancante di evoluzione e di involuzione, Lasègue pone l'epilessia tra le *infermità* (?); e come tale, per l'Autore, essa non può procedere che — o da un traumatismo a lesioni persistenti, o da una deformazione spontanea. Occupandosi poi in ispecial modo di quest'ultime, egli riassume le proprie osservazioni in questa guisa. L'epilessia non traumatica appare solo dai 10 ai 18 anni, cioè quando si compie il consolidamento delle ossa della base cranica: se questo non avviene regolarmente, si manifestano delle assimetrie della medesima. È un fatto constatato che la deformazione del foro occipitale ha gran parte nella genesi dell'epilessia; *post mortem* noi potremmo quindi rilevare la causa dell'epilessia; ma per fortuna tale deformazione si manifesta pure con assimetrie della faccia — le quali durante la vita facilmente si conoscono. Secondo Lasègue l'assimetria epilettogena consiste in una sporgenza più o meno notevole d'una metà del frontale. Questa è la più costante, e di solito manifestasi a destra; però da sola non sarebbe sufficiente criterio; e bisogna notare che per di più si accompagna ad assimetrie delle orbite, o delle ossa malari, o della volta palatina, o del piano che passa pel centro delle apofisi mastoidee. Queste assimetrie sembrano rispondere a due tipi: o la faccia ha subito un movimento di rotazione in senso inverso del frontale, o l'ha subito nella medesima direzione. Il primo è il caso più frequente. Anche le parti molli possono presentare deformazioni: per l'irregolarità d'azione a cui devono rispondere: ma

nulla di assoluto. — Queste conclusioni sono assai importanti e fondate su una pratica estesissima. CONTI.

Lésions nerveuses dans la paralysie diphthéritique. (*Lesioni nervose nelle paralisi difterica*); del dott. DÉJÈRINE. (*Montpellier Médicale*, tomo 39, 1877).

Fu nel 1867 che Charcot e Vulpian per la prima volta descrissero una lesione del sistema nervoso nella paralisi difterica.

I nervi palatini erano degenerati in un caso di paralisi della volta del palato. Dopo loro, Lorain, Lépine, e Lionville hanno osservato casi analoghi. In Germania Hermann Weber espone due autopsie con risultati negativi: Bühl ed Œrtel osservano delle emorragie nelle guaine delle radici.

Infine affatto recentemente (dicembre 1876) Pierret trovò in un caso di paralisi difterica alla superficie del midollo delle placche di meningite disseminate con perinevrite delle radici vicine.

Déjérine ha dapprima comunicato alla Società di Biologia il risultato di tre autopsie, o almeno il risultato dell'esame dei nervi e delle radici nervose, allo stato fresco, avendo riservato il midollo per uno studio ulteriore. In questi tre casi i nervi e le radici anteriori erano alterati e presentavano delle lesioni affatto simili a quelle che si osservano nel moncone periferico di un nervo dopo fattane la sezione.

In seguito egli ha potuto osservare due nuovi casi, che gli diedero i medesimi risultati e di più ha potuto fare l'esame del midollo convenientemente preparato. In due dei cinque casi. Ecco il risultato di questo esame comunicato al Congresso di Ginevra:

« Nei due casi l'Autore ha osservato delle lesioni evidenti nella sostanza grigia; le cellule delle corne anteriori, in particolare, presentano delle alterazioni manifeste; a lato di cellule assolutamente sane se ne vedono altre, i cui prolungamenti sono scomparsi ed esse si sono fatte rotonde, globose; altre sono in uno stato ancora più avanzato di atrofia e non sono più rappresentate che da un nucleo circondato da uno sottile strato di protoplasma. Queste alterazioni cellulari non presentano un luogo d'elezione, si osservano nelle corna anteriori e in tutta l'altezza del midollo, in un caso dove le paralisi si estese alle quattro membra e al tronco; nell'altro caso, dove solo le braccia furono prese, la lesione non si osservò al disotto del rigonfiamento cervicale, la nevroglia è manifestamente alterata, i nuclei sono più numerosi che non allo stato normale, e la prima si colora vivamente col carmino. »

Questi fatti adunque stabilirebbero per la prima volta l'origine centrale spinale della paralisi difterica; e sarebbe una forma di mielite cronica diffusa nella sostanza grigia-anteriore.

Sono questi risultati di non grande importanza; ma tuttavia non si deve aver fretta di generalizzare e conchiudere per tutti i casi di difteria.

Ciò che è accaduto per l'avvelenamento saturnino deve inspirare una grande riserva; in realtà al presente vi sono dei fatti benissimo osservati di lesioni centrali spinali, e dei fatti non meno bene osservati di lesioni puramente periferiche nella paralisi saturnina. Del resto non vi ha nulla d'irrazionale che un'unica causa, secondo i casi, possa produrre processi differenti di sede, ma identici di natura.

Osservazioni ulteriori potranno decidere i fatti scoperti da Déjérine.

B. G.

Sulla paralisi pseudo-ipertrofica; nota illustrata da tre casi di detta malattia, per il dott. Paolo Cresci Carbonai. (*Gazzetta Medica Italiana Provincie Venete,* N. 50, 51, dicembre).

Prima d'esporre i propri casi di paralisi pseudo-ipertrofica il dottor Cresci Carbonai riassume in breve quanto sta a sua cognizione essersi detto, e fatto riguardo a tale forma morbosa. Riferisce innanzi tutto esser stata questa malattia studiata e fatta nota dal dott. Duchenne (Boulogne) sotto il nome di paralisi pseudo-ipertrofica; la si credette malattia assai rara, ma successivamente se ne poterono osservare parecchi casi in Francia ed in Germania, per cui nella sua opera pubblicata nel 1868 il Duchenne riferisce di 13 casi offertisi a lui stesso, e di altri 15 raccolti da varj medici.

Secondo il predetto Autore questa malattia è fatta palese — per un indebolimento che invade i muscoli degli arti inferiori, gli spinali e lombari, indi si estende anche a quelli degli arti superiori producendo abolizione del movimento: — per un progressivo aumentare del connettivo nei muscoli malati con abbondante produzione di tessuto cellulare, e deposizione di cellule adipose in periodo più avanzato.

L'Autore premette il quadro fenomenico della malattia con alcuni apprezzamenti teorici intorno a qualche particolare già noti per scritti d'altri; passa in seguito all'esposizione dei proprii casi.

Un vispo, ed intelligente ragazzo di sette anni, nato da padre avanzato d'età, ma sano e robusto, piuttosto tardi aveva incominciato a camminare, ma nulla per l'innanzi aveva di anormale offerto nella sua andatura. Verso il 6.° anno cominciò a cadere facilmente, e prese in certo modo a camminare, colle gambe divaricate. Visto in quell'epoca dal medico, ed assogettato all'uso di rimedj tonici, e ricostituenti non n'ebbe vantaggio, ed a gradi s'indeboliva in modo da non potersi reggere se non soccorso da altri.

Dal dott. Brigenti venne questo bambino presentato al dott. Cresci nel settembre 1875: offriva allora un generale discreto aspetto, polso regolare, piuttosto debole, deboli anche i suoni cardiaci, fisonomia senile con somma mobilità dei muscoli facciali, intelligenza pronta, loquela facile: nel camminare barcollava saltellando, incapace di raccogliere un oggetto da terra senza cadere, se non assistito, ed appoggiato da altri, a stento riusciva a rialzarsi puntellando le mani sui ginocchi.

Spogliatolo, due cose colpivano a prima vista, una sviluppo enorme

dei gastrocnemi, e dei glutei, ed una forte incavatura del dorso; nei restanti muscoli sviluppo normale all'infuori dei bicipiti anch'essi più voluminosi. La contrattilità muscolare, alla faradizzazione, regolare dapertutto, tranne che al dorso ove l'eccitabilità si mostrava assai diminuita.

Fattasi diagnosi di paralisi pseudo-ipertrofica se ne iniziò la cura avendo di mira di dar forza, e tono all'organismo intero, di eccitare la normale nutrizione nei muscoli malati: gli si amministrarono preparati di ferro con amari, lo si assogettò a doccie, ad esercizj ginnastici, all'applicazione di correnti galvaniche e faradiche. Dopo un mese di tale trattamento il bambino mostravasi già assai migliorato, ed in un secondo mese viemmeglio pronunciavasi il miglioramento allorchè richiamato dai parenti, troncavasi la cura e restituivasi alla famiglia. Due considerazioni si ponno fare in questi casi, e cioè, aver esso presentato in modo esemplare le forme cliniche tutte della malattia in discorso quali sono generalmente descritte; l'aver offerto un miglioramento assai rimarchevole in soli due mesi di cura.

Un secondo fanciullo di circa nove anni venne dal dott. Oresti Pellegrini presentati all'egregio direttore del regio stabilimento ortopedico idroterapico di Firenze dott. Cresci Carbonai; era questi figlio di poveri cantonieri di strada ferrata; nato sano da robusti genitori aveva incominciato a camminare a 13 mesi di età, e sino da quell'epoca i parenti avevano notato che il suo incedere era strano.

Ei camminava sempre barcollando. A cinque anni erasi notato ingrossamenti di polpacci, e delle natiche, ed indebolimento maggiore, con facilità a cadere, il bambino era malinconico e non si voleva movere se non ajuttato da qualcuno; la debolezza cresceva ogni dì, finchè presentato a visita del dott. Pellegrini fu da questi condotti all'egregio direttore. All'esame presentava quasi tutti i fenomeni che offrivansi dal precedente caso, e qui pure l'eccitabilità muscolare esisteva in tutte le parti fatta eccezione del dorso. Venivasi quindi alla diagnosi precitata, ed intraprendevasi un conforme regime curativo. Dopo 30 applicazioni di elettrica corrente il bambino poteva superare a piedi la distanza dei due chilometri che lo separava dallo stabilimento, raccoglieva gli oggetti da terra apoggiando una sol mano al ginocchio, e messo a sedere alzavasi senz'ajuto. Neppure in questo malato si potè completare la cura e giungere ad esaurire i progettati spedienti perchè varie cause inerenti alla famiglia del piccolo malato lo fecero lontano dallo stabilimento, nè più se ne ebbe contezza. In questo caso, la notevole prontezza colla quale i muscoli eccitati dall'elettricità poteronsi prestare ai volontari movimenti, avvalora nel dott. Cresci la persuasione non esservi in questa specie morbosa un'organica lesione nervosa; e presentando il bambino un notevole dimagramento di tutto l'apparato muscolare all'infuori dei glutei, e gastrocnemi avrebbe lasciato non infondato il sospetto di atrofia muscolare progressiva ove

non fosse stata a controprova l'ipertrofia dei muscoli della parte inferiore.

La signora L. A., di circa 20 anni, già soggetta nell'infanzia a ripetute malattie, ebbe buoni natali, ed incominciò a camminare a circa un anno di età, svilupossi a 13 anni, e tale sua funzione si mantenne regolare. Nel 2.° periodo infantile, e ne' primordj della adolescenza — qualche volta la si vedeva camminar malamente, e cioè con oscillazione del tronco sulle estremità: fatta attenta camminava regolarmente; così anche qualche volta inchinatasi pareva stentasse a rialzarsi. A diciotto anni cadde e riportò contusioni in modo particolare al ginocchio sinistro, fu medicata specialmente con apparecchio inamovibile, n'ebbe vantaggio, ma fino da quell'epoca provò la necessità di appoggiare le mani alle ginocchia per alzarsi quantunque potesse fare passeggiate anche lunghe. Cadde qualche tempo dopo a sedere tentando di sollevare un bambino fra le braccia, ed indi a poco camminò oscillando; colla parte superiore del corpo sporgente all'indietro; non potè passeggiare a lungo; e prese a cadere con molta facilità. In questo stato venne dal prof. Giuseppe Corradi inviata al direttore Cresci Carbonai. Aveva presentati in allora abbastanza marcati i fenomeni della malattia in discorso, ed i muscoli del dorso quasi scomparsi lasciavano scorgere le trasverse apofisi vertebrali, le scapole aleggianti, i pettorali assotigliati irregolari, e con rigonfiamenti gl'intercostali, voluminosi i gastrocnemi, flosci, cascanti i glutei sulle coscie come borse d'acqua; camminare ondulatorio, difficoltà a reggersi, nessuna lesione di sensi, consuete alterazioni di sensibilità e di motilità all'elettrica corrente. Tutto appoggiava la diagnosi di paralisi pseudo-ipertrofica, ed in seguito a ragionamento conforme la si venne a consolidare, potendosi escludere, e la doppia lussazione cotiloide congenita che avrebbe potuto in quella guisa alterare il modo d'incedere, e l'atrofia muscolare progressiva, per la qualità dei muscoli che stavano malati, per le alterazioni in essi osservate, per la progressiva sintomatologia del male.

Fattosi favorevole il pronostico, diessi mano con ardore al già accennato programma terapeutico, e sempre più manifesti vantaggi se ne ottennero al punto che lo stesso direttore dott. Cresci spera nella non lontana guarigione completa della sua cliente nel momento stesso in cui ne ha tessuta la storia.

Conchiude l'egregio dott. Cresci Carbonai raccomandando a principal mezzo curativo di questo male l'applicazione della elettricità, in seguito l'idro-terapia, e la ginnastica, avvertendo che le applicazioni fredde non s'abbiano mai a prolungare di troppo, nè esagerato si protragga l'esercizio del corpo.

(Nella *Gazzetta Medica Lombarda*, serie VI, tomo V, anno 1872 havvi diligentemente illustrata dall'egregio prof. Orsi Francesco un caso di detta malattia. Tanto nelle premesse generali, quanto nella caratte-

ristica esposizione dei singoli fenomeni tutto ciò che fu dal prof. Orsi rilevato sta in perfetto accordo con quanto già ne dice il dott. Cresci Carbonai; ma in un gravissimo, importantissimo punto havvi dissonanza completa, e cioè il professor Orsi ha, oltre alle muscolari alterazioni, e lesioni di motilità e sensibilità, ricordate le alterazioni anatomo-patologiche del midollo, mentre il dott. Cresci Carbonai appoggiato a quanto ne dicono Duchenne ed altri assicura non corrispondere alcuna anatomo-patologica alterazione del midollo in questa malattia. Veramente la questione è insoluta ancora; però è naturale che più delle asserzioni del nostro Autore debbano essere valutati i reperti necroscopici, i quali specialmente vengonci dati di Francia e di Germania. — *Il Relatore*).

ARIGO.

Zur casuistik der progressiven Muskelatrophie. (*Casuistica dell' atrofia muscolare progressiva*); dei dottori A. PICK e a FERBER. (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.* VI, 3 1876).

Pick riferisce l'interessante reperto microscopico del midollo spinale di una giovane morta per atrofia muscolare progressiva. La storia è del prof Westphal.

M. S., d'anni 27, cucitrice, cominciò a camminare solo a 4 anni; a 12 anni andò soggetta ad accessi epilettici, e diventò imbecille. Quando a 14-15 anni si manifestò l' attuale malattia, gli accessi cessarono. La mestruazione non apparve mai; non pare esista disposizione ereditaria. Da 4 anni insorsero disturbi di motilità alle braccia. Visitata il 15 settembre 1868 : individuo di statura media, gracile, di nutrizione scarsa, pallido: offre considerevole atrofia dei muscoli delle spalle, e leggiera anche degli arti superiori. Incesso malsicuro, strascicato; lordosi in alto grado. La muscolatura del bacino molto patita, quella della coscia rispondente allo stato di nutrizione generale, quella della coscia rispondente allo stato di nutrizione generale, quella della coscia in leggier grado ipertrofica. La reazione faradica persiste in parte. L' atrofia andò man mano crescendo, finchè la paziente morì sul principio del maggio 1871 d'intercorrente polmonite.

Autopsia. — Il pannicolo adiposo era abbondante su tutta la superficie del corpo, e in molti luoghi non distinguibile dal sottostante tessuto muscolare, perchè questo pure era d' un bianco giallognolo, perfettamente simile al tessuto adiposo. I più degenerati erano i glutei, il sartorio, il solco, il trasverso addominale, il diaframma, lo psoas iliaco. — All'esame microscopico il prof. Cohnheim trovò un accumulo interstiziale di adipe, con atrofia semplice delle fibre muscolari. Le radici anteriori e posteriori esaminate a fresco si riconobbero normali; così un nervo ischiatico previamente indurito. — All'esame microscopico del midollo spinale indurito, Pick riconobbe una considerevole scomparsa di cellule gangliari nelle corna anteriori; e nella porzione lombare osservò un canal centrale accessorio.

Pick crede che in questo caso sia indubitabile la natura primitiva

delle alterazioni spinali: ciò che sarebbe provato dalla normalità delle radici anteriori e posteriori e del nervo ischiatico, non chè dall'assenza completa di fenomeni inflammatorj anche nella sostanza grigia del midollo spinale.

Ferber descrive il seguente caso di atrofia muscolare progressiva, in cui l'eccitabilità elettrica dei muscoli era aumentata. C. M., d'anni 25, di sana derivazione, ebbe sei anni sono una polmonite sinistra; da un anno si accorse di una progressiva diminuzione di forze nella mano sinistra, poi dell'avambraccio; e da tre mesi anche del braccio e della spalla Sui primi di febbrajo 1876, la muscolatura dell'arto superiore sinistro apparve atrofica, e i movimenti erano assai più lenti e flacchi di quelli dell'arto destro. Coll'eccitazione faradica e galvanica diretta, i muscoli atrofici reagivano in parte, e specialmente gli estensori dell'avambraccio sinistro, più presto ed energicamente di quelli del lato destro; sotto un'eccitazione indiretta i due lati reagivano egualmente. Meyer Moritz fa osservare (1877 pag. 245) che ciò forse dovevasi ad un'eczema allora appena guarito del braccio sinistro, il quale diminuendo la resistenza di condizione della cute spiegherebbe la maggior eccitabilità di questo lato. Ferber replica a pag. 604, ma non abbastanza sicuramente da allontanare ogni sospetto che l'osservazione di Moritz Meyer sia fondata.

Un cas de charbon; analyse des produits de la respiration, examen du sang. (*Un caso di carbonchio, analisi dei prodotti della respirazione, esame del sangue*); dei dottori Routier e Regnard. (*Gaz. Med.*, 1877, N. 52).

Un facchino, di 35 anni si presenta a l'Hôtel-Dieu con un'abrasione all'angolo inferiore sinistro della mascella, prodotta dal rasojo, e contro la quale venne a contatto della carne macellata che il paziente portò sulla spalla. Al momento mancava ogni sintomo locale o generale che valesse a far sospettare l'entità del male. La mattina del domani, cioè il secondo giorno dal fatto, il paziente si ripresenta: ebbe brividi tutta la notte, ha freddo, appena può reggersi in piedi; temp. 36°. La faccia è cianotica, il collo assai gonfio, specialmente a sinistra: l'escoriazione non presenta nulla di speciale, è circondata da un alone rossastro. Sudori freddi. Appena a letto, la cianosi invade tutto il corpo; polso piccolo filiforme, difficoltà di respiro. Sopravviene delirio tranquillo: aumenta la gonfiezza del collo colla sensazione di soffocazione. — Ogni intervento appariva inutile. Si fa invece l'esame del sangue: vi si constata l'esistenza di una quantità considerevole di bacterii, lunghi 2|100 di mill., articolati e immobili. Avvi così all'ingrosso un bacterio per 5-6 globuli sanguigni. L'escoriazione assunse l'aspetto della pustola maligna: è secca, giallastra, circondata da vescicole bianco-grigiastra. La temperatura è caduta a 33°.

L'agonia essendo imminente, gli Autori per interesse della scienza vollero tentare un'esperienza importante. Adattarono alla bocca del

paziente l'apparecchio destinato a ricevere i gaz della respirazione: esaminata l'aria raccolta in un dato tempo, essi poterono constatare che il paziente (del peso di 80 chilogrammi) assorbiva in un'ora 7 litri 924 d'ossigeno, ed espirava 6 litri 300 d'acido carbonico; nel rapporto quindi $\frac{CO^2}{O} = 0,82$.

Ciò prova (come già lo diceva l'abbassamento di temp.), che le ossidazioni erano considerevolmente diminuite, ed appena raggiungevano il terzo di quel che sono normalmente. Forse devesi questo risultato attribuire, come vogliono Pasteur e Joubert, ad una spogliazione dell'ossigeno del sangue per opera dei bacterj?

Gli Autori rispondono affermativamente. A noi pare di no, perchè se anche i bacterj consumano l'ossigeno, non impedirebbero però ai globuli di assorbire quanto basta; sotto questo punto di vista dovrebbesi anzi avere maggior consumo di ossigeno dell'ordinario, abbenchè non tutto riappaja nell'acido carbonico. I fatti citati invece provano che i globuli sanguigni hanno perduto nel carbonchio la facoltà di assorbire l'ossigeno; e questo ci pare debba piuttosto difendere dall'azione di un qualche veleno chimico della presenza del quale nel sangue, insieme a quella dei bacterj, gli Autori non hanno pensato ad accertarsi.

Progressive pernicious anaemia, death necropsy. (*Anemia progressiva perniciosa, morte, necroscopia*); del dott. Mackenzie. (*The Lancet*, 1878, N. 1).

Sarà letto senza dubbio con interesse il seguente accurato racconto di una malattia rara. W. J., fanciullo di 10 anni, ha genitori sani e fratelli ben disposti; subì scarlattina, morbillo e pertosse prima del 4.° anno di sua vita. Godette sempre buona salute, benchè disposto a raffreddori e tosse; visse in ambiente sano. Tre mesi fa cominciò a impallidire, a diventare di color cereo, a sentirsi debole; soffriva anche dolor di capo, non intenso, ma che andava sempre peggiorando, ed era più forte quando si alzava. La testa sudava molto sì da bagnare il guanciale: era anche sonnacchioso, e in posizione eretta andava soggetto a vertigini: stava meglio se sdrajato. Aveva nausea frequente, mai vomito. Andava anche a scuola, ma non studiava: l'appetito si conservava buono. Un mese fa la debolezza era così grande che non poteva più andare attorno; insorse anche dolore d'orecchi, anzi ebbe qualche spurgo dall'orecchio destro. La faccia pareva turgida al mattino, però i piedi e le mani non si gonfiarono mai. — Questi sintomi andarono sempre più aggravandosi, finchè il 5 settembre 1877 venne accolto all'Ospedale.

Era allora un ragazzo un po'distrutto, dai capegli scuri, dalle iridi brune. La pelle assai pallida, dell'aspetto della cera o dell'avorio. Non edema alla faccia. Labbra, lingua, gengive, mucosa nasale e congiuntiva molto scolorate: torace ben conformato, polmoni sani. L'urto cardiaco si percepiva un mezzo pollice all'esterno e al disotto del capezzolo si-

nistro : l'ottusità cardiaca si estendeva dal margine sinistro dello sterno su verso la 3.ª costa, ed oltrepassava d'un mezzo pollice la linea mammillare. Un soffio sistolico si percepiva forte all'apice e sulla xifoide, meno alla base. L'ottusità epatica si estendeva dalla 5.ª costa al margine libero delle coste. L'ottusità splenica non era aumentata, la milza non era palpabile. Ghiandole linfatiche si palpavano nelle regioni ascellari, cervicali, inguinali, ma poco ingrossate. L'udito a destra buono, a sinistra un po'difettoso. Pupille dilatate. Leggera cefalea.

Esame oftalmoscopico. — Occhio destro: turgore del nervo ottico, margine non visibile: arterie e vene distese, ma pallide, e qua e là sepolte in chiazze d'essudati. Il centro della papilla, dove l'essudato è più denso, ha una tinta bluastra: vi sono anche una o due macchie emorragiche. Attorno alla papilla la retina appare irregolare, non piana; in certi punti è trasparente, in certi altri no e non si possono vedere i vasi coroideali. Nel quadrante inferiore sinistro, presso la macula lutea, havvi una larga macchia emorragica, ben spiccata, irregolare, di color rosso carico, la quale non sembra in relazione con alcun vaso. Qua e là altre macchie emorragiche sulla retina; nessuna macchia bianca o brillante. — L'occhio sinistro si presenta come il destro, meno la larga chiazza accennata. — L'esame microscopico del sangue mostra grande varietà nelle dimensioni dei globuli rossi; molti di essi non raggiungevano 1|4 del diametro ordinario, però erano sferici e dello stesso colore dei maggiori; alcuni presentavano come delle code. I corpuscoli bianchi non erano in eccesso, e i rossi avevano il lor colore naturale. — Orine acide, chiare, peso specifico 1015, non albumina; urea 7 per 100, ossia gr. 6.72 nelle 26 ore. Polso piccolo, molle, temp. 99° F.; respirazione facile, non accelerata.

Settembre 11. Vomitò la notte e il mattino.
» 16. Epistassi la notte.
» 18. » soffio sulle arterie.
Ottobre 1. Nausea e vomito il mattino; pelle molto bianca, vertigini; temp. 103° F.
» 4. Emorragia delle gengive; sangue roseo acquoso.
» 16. Dice di star meglio; occchio destro visione 20|20, legge 1 1|2 Snellen; occhio sinistro visione 20|40 legge 1|12 Snellen. Lo stato del fondo dell'occhio è il medesimo.

Nei giorni successivi andò peggiorando; vomito, cefalea, epistassi si alternavano; e vedendosi agli estremi volle esser ricondotto a casa. Fece il viaggio di 2 miglia in carrozza senza lamentarsi di nulla; conversò colla famiglia; morì il 28 alle 10 pom. in piena coscienza.

La cura aveva consistito nell'amministrazione del ferro, ed ultimamente anche dell'arsenico; dieta semplice, un po' di vino. L'orina e il sangue asaminati assai di spesso mostrarono sempre i caratteri più sopra esposti.

Autopsia, 42 ore dopo la morte: Corpo non emaciato, benchè ridotto;

pelle cerea d'aspetto, assai pallida ma non come in vita. Mucose visibili anemiche, pannicolo adiposo abbondante, color giallo canario. Muscoli di color naturale. Il pericardio contiene un' abbondante quantità di un liquido paglierino. Il cuore, non molto contratto, è più largo del naturale: i ventricoli contengono coaguli di un rosso pallido, gelatinosi, e poco sangue liquido: le valvole e gli orifici sono normali, le pareti un po' inspessite, la muscolatura giallognola, con macchie grassose. Polmoni molto pallidi: gemono un fluido acquoso. Il fegato pallido, con macchie di noce moscato. Milza di naturale consistenza, grandezza e colore. Il rene sinistro molto anemico, il destro ha vene congeste; capsule surrenali normali. Lo stomaco ha pareti sottili, così l'intestino, la mucosa è pallida e presenta qualche ecchimosi. Il crasso ha ben marcate le appendici epiploiche, e noc sembra alterato di spessore. Pancreas normale. Le regioni mesenteriche sono piccole; le ghiandole retroperitoneali piccole. ma d' apparenza normale. Così le ghiandole ascellari e la tiroide. L' aorta è di calibro normale, ma sottile, pallida, analettica: nessuna alterazione dell' endotelio. Cranio ben conformato, ma sottile. Cervello normale, ma profondamente anemico. Altri tessuti vennero esaminasi, senza che vi si trovassero alterazioni notevoli. Anche il sangue fu osservato coll' emacitometro di Gower; vi si trovarono 1,940,000 emazie per m.m. c., cioè 38,9 per cent. del numero ordinario.

Osservazioni. — Questo caso è caratteristico, benchè verificatosi in un paziente di età inferiore a quella in cui puossi manifesfare l'anemia idiopatica. Non si potè stabilire alcuna causa apparente, fisica o morele. La microcitemia era ben marcata, ma non si videro mai globuli nucleati. La forma emorragica della retina è data come sintomo di questa anemia; ma Litten l'ha riscontrata anche in anemie da perdita diretta di sangue. Un fatto importante nel caso esposto è la neurite ottica doppia, che pare non sia mai stata osservata nell' anemia perniciosa; benchè in un caso osservato da Many (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.* 1875, pag. 665) esistessero altre lesioni del fondo dell'occhio. L'esistenza di questa neurite aveva destato qualche esitazione nella diagnosi instituita da alcuni, che osservarono il caso: essa infatti, considerata insieme alla cefalalgia, allo spurgo dall'orecchio, alla sordità, suggeriva che dovesse esistere una forma cerebrale. Tuttavia la cefalalgia non era così grave come lo è nel tumore o nell' ascesso intracranico; e poi non era mai occorso il vomito quando già la neurite esisteva. D' altronde la forma cerebrale non spiegava l' anemia. A sostegno della diagnosi vennero la microcitemia e l'ulteriore decorso del male.

Casi di ulceri tubercolari delle fosse nasali; del prof. A. Laveran. (*L' Union*).

Il 1.° caso riguarda un soldato di 25 anni, affetto da tisi polmonare con caverne, il quale morì per piopneumotorace. Una risipola del volto fu quella che fece scoprire un'ulcera all'ingresso delle narici, sul setto delle medesime. Essa aveva le dimensioni di 20 centesimi, era a margini

arrotondati, col fondo grigiastro, dava sangue facilmente, e sui margini presentava dei punti bianco-giallicci simili a dei tubercoli. L'ulcera non era dolorosa. — All'*autossia* si confermò la diagnosi fatta in vita; ma la mucosa nasale non potè venire esaminata al microscopio.

Il 2.° caso concerne un capitano di 43 anni, ammalato di laringite e tisi polmonare cronica, nel quale si osservava sull'apertura interna della narice destra, alla parte inferiore del setto nasale un'ulcera della grandezza di un pezzo da 50 centesimi, dal fondo grigio sporco, purulento. I margini sono arrossati, e di forma allungata. Il paziente non si lamentava di alcun dolore; le croste che si formavano, otturando l'orifizio nasale, richiedevano di venire spesso allontanate. — All'*autossia* si trovò tubercolosi miliare dei polmoni, con caverne a sinistra; ulceri tubercolari intestinali; fegato grasso; milza, fegato, reni, diaframma senza tubercoli. Non fu concessa la sezione del capo, della laringe e della cavità nasale. All' esame microscopico della mucosa nasale ulcerata si trovò mancanza dell'epitelio, anche nelle adiacenze dell'ulcera; avevano resistito al processo infiammatorio le fibre elastiche, però compenetrate diffusamente da elementi di nuova formazione. In alcuni punti si osservò la granulazione tubercolare, piccole masse granulose coi loro strati di granulazione tubercolare, piccole masse granulari coi loro strati di proliferazione, cellule giganti, ecc. L'estremità cartilaginea dell'ala del naso era pure in preda al medesimo processo; i tubercoli ne avevano distrutta la sostanza jalina. I margini dell'ulcera erano infiltrati di cellule neoformate; qua e là si notavano granulazioni tubercolari. A qualche distanza dall' ulcera i tessuti erano in istato normale. La cartilagine del setto non era alterata.

L'Autore ritiene che nel 1.° caso la natura tubercolare dell' ulcerazione era dubbia, ma nel 2.° invece evidente. Quando tali ulceri si manifestano a tubercolosi polmonare avanzata, facile ne riesce la diagnosi; però esse possono avverarsi anche a malattia incipiente, ed allora niente di più facile che non se ne conosca bene la natura.

Tubercolosi migliare del palato e del velopendolo; del prof. A. Laveran. (*L'Union*, 35, 1877).

Un ammalato entrava all'Ospitale il 13 ottobre 1876; presentava tante ulcerette confluenti sulla parte anteriore della volta palatina, ed altre ulceri disseminate sul velopendolo — nella massima parte dal lato sinistro. Eravi anche orchite ed epididimite tubercolare. All' esame del torace si notarono residui di pleurite a sinistra; non esistevano ancora segni spiccati di tubercolosi, i quali però non tardarono a manifestarsi. di lì a 4 giorni, il paziente fu colto, di nottetempo, da un accesso di dispnea: agli apici polmonari si ascoltavano rantoli crepitanti, respiro un po' aspro, sibili sparsi nel resto del torace. Al 20 ottobre ortopnea, polso piccolo 100, estremità fredde. Dal 22 al 24 leggier miglioramento; le ulcerazioni del palato, medicate con nitrato d'argento (1 : 30), avevano

miglior aspetto; era diminuita la scialorrea, più facile la deglutizione. Oltre alle ulcerazioni, si notavano sul velopendolo e sull'ugola alcuni punti bianchicci, grossi come una capocchia di spillo. Il 24 ottobre edemà della mano destra, senza albuminuria. Il 25 ortopnea, cianosi del volto e delle estremità (fredde); polso piccolo, assai frequente; rantoli diffusi in tutto il petto; essudato pleurico a destra. Nella notte del 4 novembre morte per asfissia.

All'*autossia* si trovarono tutte le alterazioni di una tubercolosi generale, che aveva invaso, oltre i polmoni, l'intestino, la milza, i reni, il testicolo sinistro. Si fece l'esame microscopico e si trovò: *a*) per il *velopendolo*: lo strato epiteliale verso la bocca in molti punti distrutto, la mucosa assai irregolare e frastagliata, infiltrata d'elementi embrionali; lo strato subepiteliale ingrossato, ricco d'elementi giovani e attraversato da fasci di connettivo disposti senz'ordine; qua e là gruppi di granulazioni tubercolari, e nel centro di queste assai spesso una cellula gigante, attorniata da piccole masse granulose proliferanti. I follicoli ghiandolari verso la bocca erano normali, alcuni dilatati a cisti per occlusione del condotto. Strato muscoloso normale. La porzione nasale della mucosa del velopendolo si poteva dire intatta, benchè offrisse traccie d'infiammazione. *b*) per l'*ugola*: epitelio pavimentoso alterato o distrutto; gli strati subepiteliali infiltrati di elementi embrionali; traccie di precessa infiammazione; connettivo edematoso, sparso di corpi granulosi negli spazii interfascicolari, derivanti dalle cellule piatte sue proprie; qua e là granulazioni tubercolari. Nel centro dell'ugola vasi dilatati e ripieni di sangue. Strato muscolo-ghiandolare intatto; solo qualche cisti.

Casi simili vennero constatati da Bucquoy, Isambert, Fränkel.

Dall'esposto appare che le granulazioni tubercolari non si trovano alla superficie delle ulceri, ma nelle parti profonde della mucosa e nel connettivo ed accompagnano le manifestazioni infiammatorie. — In tutti i casi finora noti, questa forma accompagnò la tubercolosi migliare acuta, ed è quindi sempre secondaria.

Zur Pathologie der Leukemie. (*Contribuzione alla patologia della leucemia*); di Lanbnstein. (*Arch. f. klin. Med.*).

La storia clinica non offre alcun tratto che meriti menzione speciale, quantunque diligentemente raccolte ed esposte. Il maggiore interesse del caso si riassume in ciò: erano combinate tutte tre le forme di leucemia — lienale, linfatica e mielogena. — Quale sia stata la prima a manifestarsi non fu possibile distinguere; tuttavia pare che il midollo delle ossa non offrisse nè l'alterazione di colorito, nè l'alterazione di consistenza che si verificano nei casi molto avanzati. Il decorso della malattia fu acuto — stando alle esposizioni del paziente, tre settimane prima della morte egli trovavasi ancora sano. — Va notato però che la morte susseguì ai fenomeni di apoplessia cerebrale e che alla necroscopia s'è riscontrato leso il sistema arterioso per l'ateroma e l'emorragia nervosa. Questo fatto deve avere contribuito ad abbreviare il corso della malat-

tia, quantunque rimangano sempre straordinarie le lesioni caratteristiche della malattia, che in così breve tempo si sarebbero ordite in tutti gli osgani del corpo. — Nel midollo delle ossa, come pure nelle ghiandole mesenteriche sottoposte prestissimo alla osservazione, venne constatata la presenza di piccoli cristalli ottaedri già da altri pure descritti in questa medesima malattia.

Ein fall von Lähmung der glottiserweiterer nach typhus abdominalis. (*Un caso di paralisi dei muscoli dilatatori della glottide in seguito al tifo addominale*); del dott. Rehn. (*Ivi*).

L'Autore trova argomenti per rendere di pubblica ragione in ciò che sinora casi consimili furono descritti in seguito alla difterite, agli esantemi acuti, alla resipela, ma non in seguito al tifo addominale. Nel caso attuale era la malattia primitiva decorsa con un certo apparato di sintomi piuttosto gravi, onde ne aveva riportato uno straordinario dimagramento e debolezza cardiaca e trombosi agli arti inferiori colle sue inevitabili conseguenze. Quattordici giorni dopo che erasi definitivamente sospesa la febbre principiò la sintomatologia della laringe col rendersi alquanto difficoltata la inspirazione. La difficoltà di questo atto respiratorio cresceva sotto i movimenti del corpo se il paziente trovavasi in letto, o molto più quando, convalescente, si alzava e camminava o saliva qualche scala. Al dato empirico, corrispondeva esattamente il fatto laringoscopico, però venne fatto diagnosi positiva di paralisi dei muscoli crico-aritenoidei posteriori. Quanto alla patogenesi del caso l'Autore ritiene che si trattasse di vera paralisi miopatica, la quale oltre essere spiegabile colle lesioni che si vedono in altri muscoli (delle estremità e del cuore) durante la malattia, deve anche essere meglio spiegata con una legge fisiologica; sappiamo in vero che data una certa causa i muscoli che cadono in degenerazione son quelli sottoposti a maggiore esercizio. I muscoli dilatatori della glottide sono perciò da considerarsi più di tanti altri esposti alla degenerazione. Conti.

Annotazioni cliniche sull'anchilostoma duodenale; di B. Grassi e dott. E. Parona. — Nota, Pavia 1878.

La diagnosi dell'anchilostoma, dicono gli Autori, è facilissima; a raggiungere prontamente tale meta basta osservare ad un ingrandimento microscopico almeno di 90 diametri un po' di feccie o delle vomitate diluite con un menstruo qualunque. Se la materia è recente si troveranno appena le uova d'anchilostoma in segmentazione; se è stantia, anche gli embrioni e le larve.

Benchè a lungo abbiano cercato, non si sono avvenuti mai, tanto nella fece, che nel vomito, in anchilostomi allo stato perfetto od ancora al larvale; come pure non fu loro dato di constatarvi sangue pretto od alterato, ned altre materie straordinarie.

Fra molti esami di feci e di vomiti (appartenenti a persone diverse per età, per condizioni sociali, per stato di salute, ecc.), trovarono le uova di anchilostoma soltanto in tre casi.

Siccome si trattava di individui degenti nella Clinica Medica dell'Università di Pavia, così venne formulato il diagnostico da quell'egregio prof. Orsi.

Nel primo caso (*Anemia*) si tratta di una giovane d'anni 22, contadina in cui gli elementi etiologici sono insufficienti a spiegare la gravissima anemia: nel secondo (*Cachessia palustre*, *Ateroma diffuso*) d'un adulto alcoolista, fornaciajo; nel terzo (*Coprostasi*) l'individuo è vecchio, ateromatoso e deperito. In quest'ultimo le uova sono molto meno abbondanti che ne'due precedenti casi (1).

Alla precedente *Nota*, gli stessi Autori aggiungono ora le seguenti notizie.

« *a*. All'esame delle feci di un numero considerevole di individui sani, o affetti da svariatissime malattie, ci fu dato riscontrare uova di anchilostoma nei seguenti casi :

« Il primo riguarda un contadino, d'anni 33, degente nella Clinica Medica e diagnosticato affetto d'*Insufficenza ed incipiente Stenosi mitrale*. L'ammalato di costituzione originariamente robusta presentasi profondamente cachettico e in grado sproporzionato all'alterazione cardiaca. (Abbondantissime uova di anchilostoma).

« Nel secondo caso trattasi di un famiglio di 40 anni, degente nella stessa Clinica, non molto deperito nella nutrizione generale e affetto da *Colite*. (Rare uova d'anchilostoma nelle frequenti ed abbondanti scariche alvine).

« Il terzo malato è un bracciante di 53 anni, che ha subito ripetute ed ostinate febbri palustri e venne accolto in questo Spedale per *Pneumonite destra*. Egli ha tutti gli attribuiti di una profondissima anemia coi sintomi di pneumonite non per anco compiutamente risolta. (Non abbondanti uova di anchilostoma).

« Il quarto caso ci è offerto da un fruttivendolo ambulante di anni 22, ricoverato nell'Ospedale per debolezza generale e disturbi gastrici; in esso a lieve tumor s' accompagna *Anemia gravissima*. (Straordinaria quantità d'uova d'anchilostoma).

« Il quinto caso venne osservato in una ragazza d'anni 8, degente in questa Clinica per *Cachessia palustre*. (Non abbondanti uova d'anchilostoma).

« Il sesto caso trovammo in una donna d'anni trenta, ricoverata nello Spedale per *Febbre intermittente atipica* che data da due mesi. Presenta la malata un grado di estrema Anemia con edema agli arti in-

(1) Gli Autori non dimenticano i casi del prof. Sangalli. (Mem. del R. Ist. Lomb. Vol. 13. Ser. 3.ª), e quello del Morelli. (*Sperimentale*, gennajo 1878). Accennano ad un altro analogo a quest'ultimo osservato da uno di loro all'Ospitale Maggiore di Milano, ove conservansi i pezzi relativi (anemia gravissima, numerosissimi anchilostomi nel duodeno e nel digiuno, molte piccole echimosi sulla mucosa del duodeno e del digiuno).

feriori e scarsissima raccolta ascitica. (Abbondanti uova d'anchilostoma).

« *b*. In nessuno di questi malati tranne che nel 2.° si nota la precedenza o la concomitanza di disordini intestinali; tutti però, tranne il 2.° accusano stitichezza.

« *c*. Coll'esame ripetuto delle feci contenenti uova di anchilostoma potemmo constatarvi la presenza di nuclei più o meno grossi che spiccavano sulla restante massa fecale per una tinta molto più bruna; e in questi ottenemmo cogli opportuni artifici indubbia la tinta caratteristica della prova dell'Heller per l'ematina.

« *d*. Alla giovane sovranotata in cui il prof. Orsi fece diagnosi di *Anemia*, per provocare l'eliminazione degli anchilostomi, venne somministrata una polvere antielmintica composta di Santonina p. Calomelano lev. *aa. centigr. venti*. Res. Gialappa polv. *gr*. Zuccaro polv. *gr. tre* m. div. p. p. N. tre. Seguì una scarica alvina, ricca d'uova, di circa un ettogrammo; in *cinque* grammi tolti a caso dalla massa, numerammo *ventidue anchilostomi* a completo sviluppo, uniformemente sparsi nella fece. Facendo pertanto la proporzione si può computare che la malata eliminò *quattrocentoquaranta anchilostomi*. Nelle feci dei giorni successivi nonostante la ripetizione dell'antielmintico, persistettero le uova ma scarse di numero, senza anchilostomi allo stato perfetto.

« Nel malato soggetto del 1.° caso venne pure tentata la suddetta polvere coll'effetto di una pronta eliminazione di *quindici anchilostomi*, in un'unica scarica. Nei giorni seguenti, in onta alla continuata cura antielmintica, non furono espulsi altri parassiti. Le feci però abbondano tuttora di uova, come al solito, in segmentazione.

« Non si capirebbe, perchè non siano stati cacciati altri anchilostomi, se non ricordando che i *Dochmius* ed anche l'anchilostoma si trovano alle autopsie in parte aderenti all'intestino, in parte liberi e supponendo perciò che l'antielmintico sia stato efficace contro i secondi e non contro i primi.

« *f*. Nelle feci recentissime del 3.°, 4.°, 6.° caso abbiamo trovato, assieme a molte uova in segmentazione, delle larve molto simili a quelle d'anchilostoma al primo stadio di sviluppo, con traccie però d'organi genitali. Nelle feci di un mendicante di anni 35, pure del nostro Ospitale, convalescente di *Pneumonite* e affetto d'*Ectima cachettico*, vedemmo soltanto le larve qui accennate. A noi sembra appartengano all'anchilostoma; e ciò deduciamo dal fatto che mancano indubbiamente in Germania. (V. il Leuckart) dove manca anche l'anchilostoma.

« I fatti sopra enunciati, insufficienti al certo per pratiche deduzioni, ci sembrano di non trascurabile importanza, massime perchè concernono casi di gravi anemie, di cui trovammo oscura od insufficiente l'eziologia; perchè ricorrono con discreta frequenza, almeno nel nostro

territorio, e perchè non è troppo ardita la speranza di una efficace medicazione. »

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S. FUBINI

Bart — *Pressione barometrica.*

Mosso — *Azione fisiologica dell'aria compressa.*

Lessona — *Studii sugli anfibi anuri del Piemonte. (Azione della luce sullo sviluppo dei girini).*

Jolyet e Regnard — *Ricerche fisiologiche sulla respirazione degli animali acquatici.*

Oertmann — *Ricambio della materia in rane private di sangue.*

Pflüger — *Determinazione dell'acido carbonico nelle ossa.*

Pflüger — *Influenza del meccanismo respiratorio nel ricambio materiale dell'organismo.*

Colassanti — *Influenza della temperatura sul ricambio della materia negli animali a sangue caldo.*

Schulz — *Relazione fra il ricambio della materia e la temperatura del corpo negli anfibi.*

Couty — *Ricerche sui gaz liberi intrarteriosi.*

Ceradini — *Difesa della sua memoria intorno alla circolazione del sangue.*

Vulpian — *Rigenerazione dei globuli rossi del sangue delle rane dopo considerevole emorragia.*

Malassez — *Ricchezza dei globuli rossi in emoglobina.*

Todaro — *Sul cuore umano.*

Ewald — *Sulla traspirazione del sangue.*

Mosso — *Intorno alle variazioni locali del polso nell'antibraccio dell'uomo.*

Broca — *Sulla termometria cerebrale.*

Mosso-Albertotti — *Osservazioni sul movimento del cervello di un idiota epilettico.*

Couty e Carpentier — *Effetti cardio-vasali prodotti dagli eccitamenti dei sensi.*

Langedorff — *Arresto dei movimenti dei sensi.*

Langedorff — *La visione in rapporto col meccanismo riflesso del cervello di rana.*

Moriggia — *Tenacità dei nervi acidificati.*
Onimus — *Influenza della corrente indotta sopra i vasi.*
Stacchini — *Studio critico e sperimentale sull'antagonismo fra la stricnina e l'alcool.*
Corsi — *Nicotina sull'organismo animale.*
Vintschgau e Hönigschmiedt — *Tempo necessario per la produzione d'impressioni gustative.*
Moriggia — *Esperienze sul latte di capra.*
Richet — *Acidità del succo gastrico.*
Szabò — *Acidi liberi del succo gastrico dell'uomo.*
Herzen — *Funzione digestiva della milza.*
Schiff — *Funzione della milza.*
Tuczek — *Quanto di saliva secerne l'uomo nell'atto della masticazione.*
Boll-Kühne — *Purpura visiva.*
Wittich, Guttmann e Stirling — *Assorbimento della pelle delle rane.*
Lombroso — *Influenza dell'orografia sulla statura.*
Pagliani — *Sviluppo dell'uomo nella fanciullezza ed adolescenza.*
Goltz — *Applicazione del telefono allo studio fisiologico della parola.*
Mariotti — *Velocità della parola.*
Rossbach e Hartnecke — *Fatica e riposo dei muscoli vivi di animali a sangue caldo.*
Carlet — *Tonicità muscolare.*

La pressione barometrica. Ricerche di fisiologia sperimentale del dott. Paul Bert. (Parigi 1878).

La diminuzione della pressione barometrica agisce sugli esseri viventi diminuendo la tensione dell' ossigeno nell' aria, che respirano, nel sangue, che anima i loro tessuti, esponendoli quindi a minaccie di asfissia per mancanza di ossigeno.

L'aumento della pressione barometrica aumenta la tensione dell' ossigeno nell'aria e nel sangue. Fino a tre atmosfere l'aumento di tensione produce ossidazioni intraorganiche un poco più attive.

Al di là di cinque atmosfere le ossidazioni diminuiscono d' intensità, cangiano forse di natura, ed elevandosi ancora la pressione, si arrestano del tutto.

Tutti gli esseri, che vivono nell'aria o nell'acqua, animali o vegetali, complessi o monocellulari, gli elementi anatomici isolati (globuli di sangue), od aggruppati nei tessuti, muoiono più o meno rapidamente nell'aria compressa. Per gli animali superiori la morte è preceduta da convulsioni toniche e cloniche violenti.

Nei vertebrati gli accidenti rapidi dovuti alla troppo grande tensione dell'ossigeno non si manifestano che quando l' emoglobina è saturata di ossigeno. Questo gaz entra allo stato di semplice dissoluzione al contatto dei tessuti.

La diastasi, i veleni, i veri virus resistono all'azione dell'ossigeno ad alta tensione.

Gli effetti della diminuzione della pressione possono essere combattuti efficacemente col respirare aria ricca di ossigeno per mantenere al valore normale (20,9) la tensione di questo gaz.

Gli effetti dell'aumento della pressione si combattono usando dell'aria assai povera di ossigeno per raggiungere lo stesso risultato.

In generale i gaz favorevoli o dannosi (ossigeno, acido carbonico) non agiscono sugli organismi che secondo la tensione, che posseggono nell'atmosfera, tensione, che si misura moltiplicando la loro proporzione centesimale per la pressione barometrica; l'aumento di uno dei fattori può esser compensato dalla diminuzione dell'altro.

Quando gli animali hanno serbatoi di aria, del tutto chiusi (vescica natatoria dei pesci acanthopterigi) o in comunicazione coll'aria, la diminuzione o l'aumento di pressione possono produrre effetti fisico-meccanici.

La compressione rapida a partire da molte atmosfere lascia passare allo stato libero l'azoto che si era colla pressione disciolto nel sangue e nei tessuti.

Gli esseri, che vivono allo stato selvaggio sulla superficie del globo stanno in rapporto del grado di tensione ossigenata, nella quale vivono; ogni diminuzione, ogni aumento sembra esser sfavorevole quando sono in salute.

La pressione barometrica e la proporzione centesimale dell'ossigeno non sono eguali nel nostro globo. La tensione di questo gaz probabilmente andrà diminuendo.

La potenza di reazione contro queste varie modificazioni fa supporre che gli esseri microscopici dovettero apparire primi e spariranno gli ultimi quando la vita si spegnerà per insufficiente tensione di ossigeno. Non è esatto che i vegetali sieno apparsi nella terra prima degli animali per purificare l'aria del CO_2 che conteneva. Infatti la germinazione anche quella delle fermentazioni non si fa nell'aria molto carica di CO_2 perchè nociva agli animali a sangue caldo.

Sarebbe lo stesso che spiegare l'anteriorità dei rettili rapporto agli animali a sangue caldo, per l'impurità dell'aria piena di CO_2 ed infatti i rettili rifuggono da tale gaz più ancora degli uccelli e dei mammiferi.

Sull'azione fisiologica dell'aria compressa; del dott. Mosso. (*Archivio di Scienze mediche*. Torino 1878).

Prevale l'opinione che l'azione fisiologica dell'aria condensata sia di comprimere la superficie della pelle e dilatare le cavità dei polmoni; senza tenere gran conto che la pressione barometrica agisce tanto internamente quanto esternamente sul nostro organismo.

La prova sola, che si diede della cacciata del sangue verso gli organi profondi sta nella diminuzione del lume dei vasi della congiuntiva, e della retina nell'occhio del coniglio. Col manometro l'esperienza riesce troppo complicata.

L'Autore fece invece le sue ricerche col pletismografo, sopra un uomo di 26 anni.

Non ebbe tempo di moltiplicare le sue sperienze, ma nullameno queste riescono interessanti.

L' Autore osservò che si aveva forte diminuzione del volume della mano ed antibraccio precisamente quando col diminuire della pressione doveva essere facilitata la circolazione periferica, fatto che è in contradizione colla teoria meccanica adottata per spiegare i fenomeni dell'aria compressa.

Questo per il volume dei vasi.

Riguardo al polso, osservò che per l'azione dell'aria compressa, si va rallentando; le pulsazioni divengono meno elevate.

La diminuzione della frequenza del polso non è costante durante la aumentata pressione barometrica, ma appare generalmente quando comincia a diminuire la pressione dell'aria.

Mosso accetta l'opinione di Bert che i cangiamenti di pressione barometrica spiegano la loro influenza sugli animali e vegetali non per causa fisico-meccanica, bensì per azione chimica.

Diminuita l'energia del cuore, l'azione capitale dell'aria compressa è un abbassamento della pressione del sangue.

Per esaminare quanto varii la quantità di aria inspirata nella diverse pressioni barometriche, usava un contatore a gaz ed adattava alla cavità della bocca e del naso una maschera di guttaperca.

Osservò che in generale sotto l'influenza dell' aria compressa vanno successivamente aumentando la frequenza respiratoria e la quantità dell'aria inspirata.

La teoria d'una dilatazione meccanica de' polmoni viene contraddetta dal fatto, che l'inspirazione media può aumentare anche dopo che cessò l'azione diretta dell'aria compressa.

Dopo parecchi giorni dell'esperienze ; la frequenza dei movimenti respiratori conservavasi notevolmente maggiore di prima.

Due fatti caratteristici dell'azione fisiologica dell'aria compressa sono l'ampiezza maggiore delle inspirazioni mentre ci troviamo nell'aria compressa e la diminuzione relativa dell' inspirazione media mentre si ritorna alla pressione normale.

Nel periodo dell'aumentata ed in quello della diminuita pressione, osservasi che l'irregolarità nell'ampiezza dei movimenti inspiratorj diventa assai più notevole di quanto non sia generalmente nelle condizioni fisiologiche.

Studi sugli anfibi anuri del Piemonte; del dott. Lessona. **Azione della luce sullo sviluppo dei girini.** (*Accademia dei Lincei*).

In un accurato studio di anatomia comparata sopra l' interessante problema degli anfibi anuri ricaviamo le conclusioni seguenti tratte da osservazioni fisiologiche *sull'azione della luce* nello sviluppo dei girini fatte sia nelle pozze dei contorni di Torino sia nel laboratorio.

La mancanza della luce non produce effetto sensibile sullo sviluppo dei girini quando venga loro tolta ad un punto già alquanto inoltrato del loro sviluppo.

La mancanza di luce ritarda lo sviluppo se l'uovo od il girino viene posto e tenuto al bujo, fin dai primordi della sua esistenza.

Questo ritardo in natura fu visto dall'Autore essere a un dipresso di venti giorni, in casa fino ad un mese e più anche fino ad un mese e mezzo e due mesi.

Il girino ha mole minore, e così anche l'animaletto dopo la metamorfosi.

I colori sono più sbiaditi, i riflessi dorati meno vivaci, il corpo quasi come trasparente.

I movimenti sono meno vivaci.

Quando negli ultimi stadî il girino ha sopportato a lungo la privazione della luce, parve all'Autore che scemasse in esso la potenza visiva: non poteva muoversi, accostando agli occhi la pinza, i girini allevati al buio, mentre gli altri a ciò immediatamente guizzavan via.

I girini allevati al buio provan molestia alla luce; scoperchiando l'acquario, si ritiravano tutti nel cantuccio più scuro. La sottrazione repentina della luce o la repentina disparizione dell'ombra non sono senza effetto anche sui girini venuti su in piena luce all'aperto.

In una piccola pozza d'acqua e piena di girini di raganella, facendo ombra in qualche punto, i girini precipitosamente guizzavano fuori del punto ombreggiato.

Lasciando l'ombra a lungo, lo spazio ombreggiato tornava a popolarsi di girini, ma tutti novellamente fuggivano se ad un tratto veniva l'ombra novellamente tolta.

Respirazione degli animali acquatici; del dott. Jolyet e Regnard. (*Archives de physiologie*, 1877).

Le conclusioni a cui sono giunti gli Autori dalle ingegnose ed esatte esperienze fatte sulla respirazione degli animali acquatici sono le seguenti:

Gli animali debbono essere mantenuti durante l'esperienza nelle condizioni fisiologiche le più normali possibili.

Gli animali a respirazione acquatica che sono destinati a vivere in un mezzo assai povero di ossigeno ed hanno sangue, la cui capacità respiratoria è assai debole, hanno assai poca attività respiratoria.

Nell'atto della respirazione libera e naturale, l'ossigeno, che scompare, non è esattamente rappresentato dall'ossigeno contenuto nel CO_2 prodotto, sempre il rapporto $\frac{CO_2}{O}$ è minore dell'unità, cioè questi animali acquatici, posti in condizione normale della loro esistenza non restituiscono mai maggiore proporzione di CO_2 di quello, che assorbono di ossigeno.

Le variazioni termiche dell'ambiente, hanno negli animali acquatici

una influenza considerevole sull'intensità dei fenomeni chimici della respirazione. Da 2°-30° del mezzo esterno le proporzioni di ossigeno assorbito varieranno, essendo pari le altre circostanze, come 1 : 10.

Le condizioni del digiuno o della digestione, la grandezza dell'animale, lo stato di attività muscolare hanno influenza sull'attività della respirazione.

Non possono gli Autori concludere positivamente sullo sviluppo od assorbimento dell'azoto per la debolezza respiratoria degli animali a sangue freddo.

I cangiamenti nella composizione gazosa della vescica natatoria può essere causa pure di errore nella determinazione chimica dei prodotti dalla respirazione degli animali acquatici.

Ricambio della materia in rane prive di sangue; del dott. Oertmann. (*Pflüger's Archiv.* XV).

L'Autore paragonò l'assorbimento di ossigeno, e l'emissione di ossidride carbonico in rane prive di sangue con quello emesso da rane che contenevano normalmente del sangue: i processi d'ossidazione, che avevano per risultato la formazione di CO_2 erano evidentemente dovuti ai tessuti non al sangue degli animali.

Si fecero le ricerche sulle rane perchè servendosi del metodo di Cohnheim di sostituire al sangue delle soluzioni di sal di cucina, potevano sopravvivere.

Furono intraprese le ricerche coll'apparato di Regnault modificato da Pflüger.

L'Autore raccolse nove serie di ricerche, 3 con animali che avevano sangue, e 6 con quelli privi di sangue.

Si fece il calcolo riportando l'esperienza ad un'ora e per un kilo di carne.

I processi di ossidazione delle rane non ci mostrano alcun cambiamento quando hanno il loro sangue oppure ne sono privi.

È quindi nuova prova che il sito dei processi di ossidazione sono i tessuti non il sangue.

Determinazione dell'acido carbonico nell'ossa viventi; del dottore Pflüger. (*Pflüger's Archiv.* XV).

I valori ottenuti dall'Autore togliendo colla pompa l'acido carbonico delle ossa fresche si avvicinano a quelli ricavati da Zaleski dall'analisi delle ceneri: donde si riconosce che la quantità di acido-carbonico combinato in modo poco stabile, che contiene l'osso vivo, talvolta sono assai piccole e per contro quelle combinate stabilmente nelle ricerche del ricambio della materia possono essere trascurate.

Influenza del meccanismo della respirazione nel ricambio materiale dell'organismo; del dott. Pflüger. (*Pflüger's Archiv.* XIV).

Le variazioni dei fenomeni meccanici della respirazione non modificano, secondo l'Autore, l'attività della nutrizione, invece la nutrizione ha influenza sul meccanesmo respiratorio.

Il sangue non è che il teatro, dove hanno luogo i fenomeni intimi della nutrizione; il suo ossigeno non è il solo agente delle reazioni organiche.

L'energia del processo di nutrizione non è esattamente proporzionale all'attività della respirazione e della circolazione.

Coll'esperienze di Pflüger a volontà si produceva l'apnea o si ristabiliva la respirazione naturale; alternando queste due condizioni si vide che l'ossigeno consumato nella respirazione normale era di 201c.c.,66; nell' apnea 203c.c.,88; l'acido carbonico emesso durante la respirazione normale era di 140c.c.,50, nell'apnea 200c.c.,83.

Nell'apnea quando la ventilazione polmonare è energica, il consumo di ossigeno non aumenta, l'emissione di acido carbonico cresce nel rapporto di 3:2.

L'aumento di CO_2 emesso non indica aumento di produzione nell'organismo, giacchè il CO_2 può immagasinarsi allo stato di gaz nei liquidi debolmente combinato con sostanze organiche.

Così si trovò 64,7 0|0 di CO_2 nella saliva e 56,1 0|0 nella bile.

L'emissione abbondante prova solo lo sviluppo di CO_2 dalle sue soluzioni o la sua disocciazione più rapida dalle sue combinazioni.

L'assorbimento di ossigeno è carattere più sicuro, perchè l'ossigeno è poco solubile e non entra in combinazione dissocciabile che coll'emoglobina.

Lossen disse che la quantità relativa ed assoluta di CO_2 emessa e la sua produzione nell'organismo, diminuiscono aumentando la frequenza dei movimenti respiratori, ma non tenne conto delle oscillazioni normali dell'acido carbonico.

Dalle osservazioni di Finkler ed Ortmann si deduce che la respirazione artificiale e l'apnea non producono cangiamenti nè nel consumo di ossigeno nè nella produzione di CO_2.

Quando ha luogo ventilazione esagerata dei polmoni, nei primi momenti diminuisce il consumo di ossigeno, aumenta quando cessa la ventilazione.

L'emissione di CO^2 aumenta di molto nel principio della respirazione artificiale, diminuisce quando cessa.

Il sangue venoso nell'apnea non ha colore caratteristico. Sembra più chiaro quando la ventilazione è più energica ed il lavoro cardiaco è più attivo.

Influenza della temperatura sul ricambio della materia negli animali a sangue caldo; del dott. Colassanti. (*Pflüger's Archiv*).

La temperatura interna degli animali a sangue caldo, si mantiene costante.

Pflüger e Röhrig dimostrarono che l'energia della combustione respiratoria cresce quando si abbassa la temperatura.

L'Autore fece l'analisi dei gaz col metodo di Bunsen modificato da Pflüger.

I porcellini d'India servivano per l'esperimento, che durava 5 ore.

La temperatura si misurava nel retto prima e dopo l'esperimento.

A 18°,8 si consumò 1127c.c.,4 di ossigeno, si emisero 9 64c.c.,15 di CO_2.

Fra l'ossigeno consumato e l'acido carbonico emesso v'ha il rapporto di 86 per 0[0.

Ad 1° si ebbe consumo di 37c.c.,32 di ossigeno, emissione di CO_2 2c.c.,33 ancora nel rapporto di 86 per 0[0.

Abbassando la temperatura, diminuisce l'energia del ricambio della materia.

Il rapporto fra l'ossigeno consumato e l'CO_2 emesso è costante a diverse temperature.

L'assorbimento dell'ossigeno, l'esalazione di CO_2 sono la misura del ricambio materiale dell'organismo.

L'accrescersi del ricambio materiale prodotto per l'abbassamento della temperatura non si produce solo al primo momento, ma si continua nel corso dell'esperienze, finchè la temperatura interna dell'animale si eleva.

Durante la digestione, i porcellini esalano idrogeno e gaz delle maremme; a digiuno non ne esalano.

Sembra che gli animali osservati non esalino, nè assorbano dell'azoto.

Relazione fra il ricambio della materia e la temperatura del corpo degli anfibi; del dott. SCHULZ. (*Pflüger's Archiv*).

L'apparecchio col qual sperimentò si appoggiava sullo stesso principio di quello di Regnault e Reiset.

Rane sotto campana trovansi in rapporto con un gazometro pieno di ossigeno da una parte e dall'altra con due tubi di Müller coll'apparato per assorbire l'acido carbonico.

Il recipiente, dove trovansi le rane, s'immerge in bagno di acqua, il quale può esser mantenuto a temperatura costante per dato tempo.

Da 0° a 35° si vide che la temperatura degli animali è superiore di qualche decimo di grado alla temperatura della campana, dove si trovano.

Il ricambio materiale sulla rana varia nello stesso senso della temperatura.

A 0° tanta è piccola la quantità di CO_2 che si avvicina al punto segnato da Pflüger siccome temperatura limite delle dissociazioni organiche.

Da 33°-35° il ricambio materiale raggiunge il grado d'intensità paragonabile a quello dell'uomo.

Ricerche sui gaz liberi intra-arteriosi; del dott. COUTY. (*Archives de physiologie*, 1877).

Le bollicine di gaz possono delle arterie traversare le reti capillari, passare nelle vene.

Tali bollicine sono ostacolo alla circolazione, in effetto il loro passaggio dura a lungo, producono rallentamento od arresto di sangue più dell'aria equivale a molti o meno momentaneo e la resistenza opposta da ogni rete al passaggio centimetri di mercurio.

Per lo stesso organo l'ostacolo varia colla quantità del gaz; collo stato di tensione arteriosa, colle condizioni dei vasomotori periferici, colla rete vasale dell'organo; così l'encefalo e l'estremità sono assai permeabili ai gaz, difficilmente invece lo sono la milza e l'intestino.

L'aria spinta per l'estremo periferico dell'arteria carotide, polmonare, crurale può, senza traversare i capillari, ritornare per le anastomosi arteriose nell'aorta.

In animale curarizzato i gaz diffusi nell'arterie producono arresto rapido del cuore, forse per l'anemia del mielincefalo, per cui v'ha abbassamento di tensione ed arresto della circolazione.

I gaz arteriosi produssero spesso la morte arrestando la circolazione, donde morte del cervello, e cessazione dei moti del respiro e del cuore.

L'arresto della circolazione è poi prodotto dal passaggio progressivo nelle vene e dall'accumularsi nel cuore destro di una parte dell'aria iniettata nell'arterie; per il rallentamento prodotto direttamente nei capillari dalla presenza dell'aria; per la paralisi vasale che avviene nell'anemia prolungata del mielincefalo.

Difesa della mia memoria intorno alla circolazione del sangue contro l'assalto dei signori Tollin e Preyer; del prof. Ceradini. (Genova 1877).

Compito degnissimo di chi ha fatto importanti scoperte sul meccanesimo della circolazione sanguigna, era quello di tracciare la storia della sua primitiva scoperta.

Il Ceradini con lavoro ammirabile per erudizione e valore critico seppe rivendicare al Cesalpino l'onore di tale importantissimo trovato e la memoria del Ceradini fu considerata *an elaborate monograph* perfino da inglesi gelosissimi della gloria di Harvey.

Il teologo Tollin di Magdeburgo ed il Preyer di Jena hanno invece vivamente appuntato e criticato la monografia del fisiologo italiano servendosi anche di modi al certo poco parlamentari.

Questa fu occasione, che spinse il Ceradini a scrivere questa seconda sua memoria, in cui si difende, attacca, sconfigge i suoi avversari con potenza di logica e di erudizione, di cui siamo poco abituati in libri di scienza medica.

In faccia all'opuscolo di Preyer e Tollin, il Ceradini asserisce di mantenere le conclusioni tutte della sua memoria, alle quali aggiunge ora qualche altra, che ricaviamo dal lavoro dell'Autore.

1.° Galeno sapeva che una parte del sangue espulso dal ventricolo destro si reca al sinistro per la via dei vasi polmonari.

2.° Il transito del sangue dal destro al sinistro cuore per la via esclusiva del polmone e l'impermeabilità del setto interventricolare costituiscono la nuova dottrina di Colombo. Vesalio conobbe questa dottrina a Padova e la spiegò pubblicamente a Pisa l'anno 1543.

3.° La *Christianismi restitutio* di Michele Reves non ha per la storia

della scoperta della circolazione il benchè minimo valore; oppure vale soltanto a provare tanto meglio che Colombo colla voce e cogli scritti privati aveva divulgato in Italia e fuori la sua dottrina prima di pubblicarla per le stampe nel proprio trattato di anatomia o in quello di Valverde.

4.° Non è punto vero che la scoperta della circolazione polmonare dovesse necessariamente precedere quella della circolazione universale, nè che la prima abbia agevolata la seconda. La prima dimostrazione esperimentale dell'impermeabilità del setto cardiaco appartiene ad Harvey e fu posteriore di ben mezzo secolo alla scoperta della circolazione del sangue.

5.° La circolazione del sangue si riassume nella proposizione che questo liquido per le anastomosi artero-venose passa continuamente nelle vene e per le vene ritorna al cuore. Questa è la scoperta di Cesalpino, il quale provò esperimentalmente la corrente centripeta del sangue in questi vasi.

6.° La scoperta delle valvole nelle vene fu iniziata da Eustachio e da Canani e compiuta da Fabricio. È probabile assai che la funzione fisiologica di questa valvola sia stata riconosciuta da Sarpi prima che da Harvey.

7.° Il merito di Harvey consiste nell'avere meglio definito e maggiormente sviluppata la dottrina di Çesalpino, e nell'averla ulteriormente provata con nuovi esperimenti e numerose vivisezioni.

Rigenerazione dei globuli rossi del sangue nelle rane dopo considerevole emorragia; del dott. Vulpian. (*Comptes Rendues de l'Academie des sciences*, 1877).

Nelle rane, che muoiono dopo 8 o 15 giorni il cuore ed i vasi sono quasi vuoti. Il sangue, raccolto nel cuore, contiene pochi globuli rossi, gli incolori sono più abbondanti. Tre settimane dopo l'amputazione, il sangue ha molti globuli incolori, leucociti ordinari, ora vere cellule formate di sostanza più trasparente dei leucociti con membrana cellulare e nucleo. Il sangue presenta questa costituzione istologica sei settimane dopo l'amputazione. I leucociti grandi hanno quattro, sei nuclei, altri ne hanno un solo.

Nelle rane amputate, esaminate dopo 2 mesi e più, si riconosce che v'ebbe formazione di molti globuli rossi.

Questo prova che i globuli rossi risultano dall'evoluzione delle cellule incolore; quando sono globuli rossi si colorano coll'emoglobina e divengono finalmente vere emazie.

Nelle rane anemiche per emorragia, quando il sangue è in attività di rigenerazione, non v'ha ipertrofia della milza, o del fegato, o dei reni.

La rigenerazione si effettua lentamente.

Ricchezza dei globuli rossi in emoglobina; del dottor Malassez. (*Comptes Rendues de l'Academie des sciences*, agosto 1877).

Con un colorimetro giudica la quantità di emoglobina che trovasi in

un millimetro cubito di sangue, poscia dividendo questa quantità per il numero dei globuli, che trova nello stesso volume di sangue, ottiene la proporzione di emoglobina per globulo; proporzione media che l'Autore chiama ricchezza dei globuli in emoglobina.

In persone di Parigi di buona salute e di età media trovò da 27,7-31,9 μμ gr. di emoglobina per globulo. Le differenze nella ricchezza dei globuli in emoglobina non è molto considerevole.

Il trattamento coi preparati di ferro sembrò aumentare il numero dei globuli, e la loro ricchezza in emoglobina.

Negli uccelli v'hanno meno globuli che nei mammiferi, al contrario la ricchezza in emoglobina dei loro globuli è superiore.

Il sangue degli uccelli a volume eguale può contenere più emoglobina di quello dei mammiferi.

Nei pesci, rettili e batraci v'ha diminuzione nel numero dei globuli ed aumento nella ricchezza in emoglobina; il sangue di questi animali a volumi eguali, contiene meno emoglobina di quello dei mammiferi e di quello degli uccelli.

Le variazioni di volume possono spiegare le variazioni di ricchezza in emoglobina ed in molti casi devesi tener conto del nucleo.

Sulla struttura muscolare dei ventricoli del cuore umano; del dottor Todaro. (*Accademia dei Lincei*).

Non potendo in questa analisi trattare della parte anatomo-istologica del cuore umano così bene studiata dall'Autore, ci limitiamo a ricavare questa notizia fisiologica:

Il muscolo cardiaco per la sua struttura a rete, può essere suscettibile della massima dilatazione nel rilasciamento (diastole) e del massimo restringimento nella contrazione (sistole) conservando sempre un indice di resistenza superiore a qualunque altro muscolo, e per la forma, anastomosi e direzione delle sue catene i due ventricoli si contraggono contemporaneamente ed al tempo stesso restringono le loro cavità in tutte le direzioni.

Sulla traspirazione del sangue; del dott. Ewald. (*Archiv für Anatomie und Physiologie, von Du Bois-Reymond*. 1877).

Ecco alcune conclusioni, alle quali arrivò colle sue sperienze.

La durata della traspirazione col sangue defibrinato diminuisce coll'aumento di temperatura. Questa diminuzione è per eguale intervallo tanto maggiore quanto minore è la temperatura e più lenta è la velocità di efflusso.

Es. sangue di cane defibrinato:

Tempo di traspirazione a 14° = 335"
» » a 21° = 254"
Tempo di traspirazione a 40°,5 = 172,5"
» » a 1° = 3,4"

Il tempo di traspirazione aumenta colla durata, che passa dalla sottrazione di sangue fino alla disposizione della ricerca.

Tale aumento riguarda solo tutto il sangue defibrinato, non il siero, il cui tempo di traspirazione rimane inalterato.

Il tempo di traspirazione cresce in generale col peso specifico aumentato e diminuisce coll'aumento di acqua nel sangue.

Un rallentamento indubbio della velocità di traspirazione si ottiene col sangue trattato coll'acido carbonico, nicotina, cloralio ed etere.

Sulle variazioni locali del polso nell'antibraccio dell'uomo; del dottor Mosso. (Torino 1878).

Scopo di questo lavoro è lo studio delle trasformazioni che può subire la forma del polso quando si modifica localmente lo stato dei vasi mentre rimane immutata l'energia e la frequenza delle contrazioni del cuore.

Sotto il polso dell'antibraccio che serviva per un' esperienza, scriveva anche il tracciato dell'antibraccio opposto; con questo metodo di confronto riescì all'Autore di sciogliere una serie di problemi.

Per le sue sperienze era condizione di potere seguire per più ore di seguito il fenomeno con registrazione continua; che fosse costante la pressione sui vasi, di cui scrivesi il polso; e che senza muovere l'apparecchio si potesse sui vasi dell'estremità far agire diversi eccitamenti; e perciò non gli potevano servire gli sfigmografi ordinari.

Registrò invece i cangiamenti di volume che subiscono tutti i vasi dell'antibraccio quando vi penetra ondata di sangue; costrusse per tale scopo uno strumento a pressione costante, che chiamò *idrosfigmografo* perchè si serve dell'acqua per raccogliere e scrivere i cangiamenti di volume, che accompagnano il polso. L'antibraccio s'introduce nell'apparecchio, che si tiene sospeso per evitare l'influenza dei movimenti del corpo.

Si ottengono tracciati assai belli anche in persone, sulla cui arteria radiale non era possibile di ricavarne cogli sfigmografi i più perfetti.

Misurandosi la massa del sangue, che penetra nei vasi, si ha un'immagine più reale del polso.

Anche nelle condizioni normali si vedono importanti e continue modificazioni nella circolazione del sangue.

Durante l'attività cerebrale v'ha contrazione dei vasi dell'antibraccio, per conseguenza v'ha aumento della pressione sanguigna.

Ad una tensione maggiore dell'animo corrisponde trasformazione del polso, che dura più a lungo. Queste osservazioni concordano con quelle di Wolff: le impressioni morali e l'attenzione, lo sforzo che precede o segue un' emozione, si traducono nel polso in modo infallibile. Questa legge non esclude però il fatto, che durante il lavoro intellettivo prolungato ed intenso non si osservi modificazione del polso; giacchè quando la nostra attenzione è vivamente eccitata da causa qualsiasi, si rende meno manifesto od è del tutto impercettibile il passaggio della mente ad un altro lavoro intellettivo.

Nel sonno si verifica l'importanza della quiete per studiare i rap-

porti fra la circolazione del sangue e le emozioni dell'animo; ogni stimolo anche debolissimo che colpisce i nostri sensi in questo stato produce profonda modificazione del polso.

Fra l'istante dell'eccitazione e quello in cui appare il movimento riflesso della contrazione vasale v'ha un intervallo di tempo.

I vasi sanguigni, in condizioni fisiologiche, nei tracciati sfigmografici presentano ondulazioni cospicue; lenti variazioni di volume, che dipendono dal tono dei vasi.

L'influenza del nitrito d'amilo si trasmette dai centri sui vasi per mezzo dei nervi senza che sia necessario il contatto locale del sangue inquinato nelle pareti dei vasi.

La causa delle variazioni sfigmiche è riposta nei vasi e le oscillazioni dipendono secondo ogni verosimiglianza dalle proprietà elastiche delle pareti vasali.

Dopo il cibo, varia la forma ed il tipo del polso, la punta più accuminata delle singole pulsazioni dopo il cibo e la comparsa del dicrotismo o del tricotismo nella parte della curva, che corrisponde alla diastole cardiaca, accennano ad un aumento nel tono dei vasi ed alla maggiore resistenza, che essi oppongono colla loro contrazione al passaggio del sangue.

Le variazioni del polso per abbassamento di temperatura sono del tutto locali, nel lato opposto riscontrasi appena con molta difficoltà una qualche differenza.

Anche nello stato normale spesso si vede dicrotismo in un lato del corpo, mentre manca nel braccio opposto. Fatto questo, che depone contro l'ipotesi di un' origine centrale del dicrotismo.

Per un' azione locale si possono modificare profondamente le note più caratteristiche del polso producendo una, due, tre elevazioni catartiche in un' estremità senza mutare punto la forma del polso nell'altra omologa; non vuolsi quindi riporre nel cuore o nell' aorta la causa di tali modificazioni, ma ritiensi che il dicrotismo ed il tricotismo sono un fatto locale dipendente dallo stato dei vasi.

Per mezzo di un aumento graduato della pressione, se non è troppo elevato, il polso cresce di ampiezza perchè la pressione esterna aumenta la resistenza nei capillari e mette ostacolo al movimento del sangue nelle piccole arterie.

L'ischemia prodotta dal bendaggio di Esmarch e la compressione digitale dell'arteria omerale, vennero adoprate per studiare le modificazioni del polso dipendente dall' arresto della circolazione sanguigna nelle braccia.

Quando si riapre l'arteria, succede un rapido aumento di volume, il sangue irrompe nei vasi dell'antibraccio e questo per le modificazioni subite durante la chiusura dell'arteria principale non potendo più resistere all' impeto della pressione sanguigna si sfiancano e la curva del

volume raggiunge presto un massimo, da cui va lentamente scendendo fino al valore primitivo col successivo ristabilirsi del tono vascolare.

D'accordo coll'esperienza di Gaskell, l'Autore ci riferisce che le modificazioni più importanti del polso per la contrazione volontaria dei muscoli è un' elevazione maggiore del medesimo.

Paragonando il profilo del polso durante la contrazione muscolare, si vide essere analogo al polso, che si ottiene quando per mezzo di compressione meccanica dei piccoli vasi si mette un ostacolo all' afflusso del sangue.

Cessando la contrazione dei muscoli si vedono comparire nel polso caratteri di una circolazione più facile del sangue ed un cangiamento nel tono dei vasi.

Dopo l'uso del nitrito d'amilo, le pulsazioni sono più grandi, scompare il dicrotismo, le linee ascendenti e discendenti del polso sono due rette, che s'incontrano ad angolo acuto, dopo v'ha una intaccatura nella linea ascendente ed il polso diviene anacrotico.

Durante e dopo l' inalazione del nitrito d'amilo nel tracciato del cuore, le contrazioni sono inalterate, cambia la frequenza e l'energia di ogni sistole, ma il tipo e la forma è quella di prima. Tale fatto ci indica che è fuori del cuore che trovansi le cause delle variazioni nella forma del polso; e giacchè si può con agenti trasformare il profilo del polso ritardando od accelerando il dicrotismo in una parte del corpo mentre il polso è immutato nel lato opposto, è segno che la causa e l'origine del dicrotismo non si debbono cercare nel cuore; i vasi stessi sono i fattori e la sede delle modificazioni osservate.

Profonde modificazioni del polso si hanno quando per forti e ripetute inspirazioni si modifica il tono dei vasi e l' energia del cuore diminuendo la quantità di acido carbonico contenuto nel sangue.

È nei vasi anzichè nel cuore, che l'Autore crede, stia la causa delle variazioni nella forma del polso durante la febbre.

Così si riconosce che si possono produrre localmente nell'uomo molte forme di polso, che furono ritenute come tipiche di alcune malattie.

Egli è poi interessante il saggio critico delle spiegazioni, che soglionsi dare per riconoscere la natura del catacrotismo, con cui l'Autore termina questo suo lavoro:

Due sono le opinioni, che si dibattono nella scienza per spiegare la causa del polso.

Secondo Weber, la causa del polso, che si percepisce nelle arterie sarebbe solo dovuta al movimento dell'onda, secondo Volkmann il movimento dell'onda ed il movimento della corrente del sangue sono due processi inseparabili nel sistema dei vasi sanguigni ed il procedere delle onde è qui il solo mezzo per fare scorrere il fluido. Per Volkmann non si può separare il movimento delle onde da quello della corrente sanguigna, per cui la sensazione del polso sarebbe dovuta al passaggio reale di un' ondata sanguigna nell'arteria; per Weber l'onda non è in alcun

modo un corpo che si muove, ma bensì una forma che si muove in un liquido.

L'ipotesi di Weber fu accettata nella scienza e divenne il punto di partenza di varie teorie del dicrotismo.

Per Weber l'onda del polso ha minima parte nel progresso della massa di sangue e la corrente di esso dipende dalla diversa pressione fra arterie e vene: l'onda del polso si estingue per molteplici riflessioni e per la resistenza delle piccole arterie.

Lo sfigmografo coi suoi tracciati complicò la teoria del polso.

Il polso dicroto si pensò dagli uni dipendesse dalle riflessioni di una onda, che torna dall'estremità dell'aorta e delle arterie iliache al cuore, per altri il dicrotismo proviene dall'onda', che è riflessa nelle valvole dell'aorta.

L'idrosfigmografo, misurando direttamente l'aumento di volume dell'antibraccio per ogni pulsazione del cuore, fece sì che il concetto del polso deve essere non subordinato ad un'onda, bensì al vuoto del sangue nei vasi.

L'Autore si avvicina al concetto di Volkmann ritenendo che l'onda come forma di movimento non può separarsi dall'ondata come traslazione materiale del sangue.

Quantunque sieno numerose le esperienze fin ora fatte dall'Autore, questi non si attenta ancora di formulare delle leggi perchè le ricerche sull'elasticità sono uno dei capitoli più difficili della fisica, per lo sviluppo analitico dei fenomeni del polso.

Sulla termometria cerebrale; del dott. BROCA.

Applica attorno alla testa una benda formata con una serie di placche di cotone racchiuse fra due bende di seta e che corrispondano alle regioni fronto-temporale, parietale ed occipitale di ciascun lato; questa benda serve a fissare 6 termometri assolutamente comparabili e ciascuno di esso indica dopo un determinato tempo, la temperatura della regione cerebrale corrispondente.

Paragonando la media della temperatura del lato destro e quella del lato sinistro, Broca è arrivato a constatare sopra 12 allievi del suo servizio la differenza di 1|10 di grado in favore del lato sinistro.

Media a destra	33°,90
» a sinistra	34°.

Questa differenza diminuisce dopo il lavoro probabilmente perchè il cervello destro prende parte eguale al lavoro con maggiore intensità.

			Destra		Sinistra
Temperatura unilaterale	frontale .	.	35,28	—	35,48
» »	temporale	.	33,72	—	33,96
» »	occipitale	.	32,92	—	33,23.

Osservazioni sui movimenti del cervello di un idiota epilettico; dei dottori Mosso ed Albertotti. (Torino 1878).

Soggetto di queste sperienze fu un ragazzo epilettico di 11 anni. A 18 mesi riportò ferita alla regione temporo-parietale destra, che guarì con cicatrice cutanea lasciando perdita notevole di sostanza ossea del cranio.

Al 3° anno ebbe accessi epilettiformi ed epilettici ed il suo grado di idiozia è limitato alla capacità di semplici idee per esprimere i suoi bisogni istintivi.

L'apertura delle ossa del cranio alla regione temporo-parietale è coperta da pelle sana a forma elissoide, diretta dall'alto al basso, dall'avanti all'indietro, il suo maggiore diametro era di 30 millimetri, il medio di 35 millimetri, la cicatrice è di 6-7 millimetri. Si vedono le pulsazioni ed i movimenti del cervello.

Lo studio dei movimenti cerebrali nell'uomo è il mezzo più diretto per conoscere le modificazioni, che può subire la circolazione sanguigna nei centri nervosi.

Dal punto di vista meccanico è uno dei problemi più difficili della fisiologia umana per la complicanza delle cause, che possono produrre cangiamenti alla circolazione sanguigna, fra cui l'influenza del respiro, l'energia del cuore, l'azione nervosa, i movimenti dei vasi, l'elasticità delle loro pareti, i movimenti del liquido cefalo-rachideo e le contrazioni dei muscoli.

All'autossia si potè riconoscere che dovevasi in questo studio eliminare la partecipazione del liquido cefalo-rachideo.

Il metodo per tale studio fu il seguente:

Alla ferita si adattava lamina di guttaperca, che riscaldata, vi si adattava con esattezza. Nella guttaperca si fece cupula elevata in modo che rigonfiandosi il cervello non toccasse le pareti della forma. Al vertice della cupula si fissò un tubo di vetro del diametro di 6 millimetri lungo 7 centimetri.

Si sperimentò poi in due modi: si riempiva il tubo di vetro e la cupula di acqua per modo da cacciarne l'aria contenuta; così si trasmettevano direttamente al timpano registratore i moti del cervello e si misurava il valore reale delle variazioni di volume dallo spostamento del liquido, di cui era empita la forma.

L'altro modo con cui veniva studiato fu quello di servirsi dell'aria contenuta nella forma per scrivere i moti del cervello.

Ad ogni aumento di volume del cervello corrisponde l'elevazione della curva, ad ogni diminuzione un abbassamento.

Le esperienze si poterono fare solo nel sonno o nel sopore, che tiene dietro ad un accesso di epilessia.

Si scrivevano i moti respiratori applicando un tubo di gomma a pareti sottili del diametro di 2 centimetri affibbiato al torace e messe le due estremità con una forchetta in comunicazione col timpano regi-

stratore di Marey: lo spostamento dell'aria contenuta nel suo interno registra i moti del respiro.

Dopo l'uso del cloralio si vede respiro tranquillo, superficiale, il cervello si abbassa nell'inspirazione, si eleva nell'espirazione.

Nell'assopimento profondo vedesi diminuzione del volume del cervello.

Il polso del cervello può scomparire periodicamente quando questo aumenta di volume e viceversa il polso ricompare, quando diminuisce il volume del cervello.

Questo fenomeno si produce a periodi irregolari, di durata ineguale.

Le pulsazioni del cervello presentano senza causa conosciuta delle variazioni considerevoli nella forma e nell'ampiezza, essendo ora più forti ed ora più deboli indipendentemente dalle profonde ondulazioni, che si manifestano contemporaneamente nel volume del cervello.

I mutamenti del polso cerebrale non sono in rapporto colle funzioni della respirazione.

Forse l'aumento di volume del cervello dipende da un aumento di energia del polso e del cuore, forse è in rapporto alla dilatazione dei vasi del cervello per movimenti spontanei dei medesimi.

I vasi del cervello possono produrre profonde modificazioni nel volume del medesimo mentre è costante ed inalterato il polso nell'antibraccio.

La circolazione del cervello anche durante il sonno profondo presenta variazioni notevoli, per cui compajono nel tracciato del volume delle ondulazioni e si producono profondi mutamenti nell'aspetto delle pulsazioni cerebrali. Durante il sonno profondo quando le impressioni sonore, luminose o tattili non riescono più a destare dei movimenti riflessi visibili alla superficie del corpo e ad interrompere il sonno, vengono queste seguite da un affiusso maggiore di sangue al cervello e da un mutamento nella forma delle sue pulsazioni.

Le modificazioni della circolazione sono fenomeni concomitanti, non la causa prima ed indispensabile delle variazioni, che si producono nelle funzioni del cervello durante il sonno e la narcosi.

L'opinione, che il sonno venga prodotto dall'anemia del cervello, non può costituire una legge generale, ma è solo fatto, che può avverarsi in molti casi.

L'abolizione della coscienza meglio che alla quantità di sangue contenuto nel cranio, deve ripetersi dalla velocità, con cui si muove nelle circonvoluzioni; così si può spiegare il fenomeno, che il cervello non cambia in modo considerevole di volume passando dalla veglia al sonno e dal sonno alla veglia.

Nel soggetto esperimentato si osservò pure l'esistenza di un sonno profondo, mentre il cervello era depresso ed era minore l'affiusso del sangue.

Effetti cardio vasali prodotti dagli eccitamenti dei sensi; dei dottori Couty e Charpentier. (*Archives de physiologie*, 1877).

Vollero gli Autori ricercare quale influenza avessero sulla circolazione gli eccitamenti portati sui sensi coll' applicare direttamente degli apparecchi registratori sui cani curarizzati, cui si praticava la respirazione artificiale.

L'aloe, la coloquintide, il cloruro di sodio, l'acido acetico, il solfidrico, varie essenze, dei rumori metallici, fischi, grida di altri cani, la luce diffusa, la lampada a gaz, le minaccie oppure le carezze furono gl eccitamenti usati per i vari sensi: gusto, olfatto, udito, vista e sensorio comune.

Tutti questi eccitamenti usati determinavano alterazioni spesso paragonabili come intensità a quelli di origine periferica, ma differenziavano secondo la loro variabilità.

Gli eccitamenti dei sensi variano d'intensità per i diversi animali, per alcune condizioni individuali, nello stesso animale per la via di trasmissione del senso eccitato; per il medesimo senso secondo la natura dell'eccitamento o le condizioni d'intensità, durata e di ripetizione.

Lo stesso eccitamento può determinare sullo stesso animale o sopra animali diversi acceleramento o rallentamento del cuore, aumento oppure abbassamento della tensione diversamente combinata.

Non v'ha alcun rapporto fra la natura dell' eccitamento, fra la supposta natura dell'emozione consecutiva e la natura della reazione cardio vasale.

I fenomeni cardiaci indipendenti dalle variazioni della tensione sono trasmessi esclusivamente per mezzo dei pneumogastrici. L' intervento del cervello è indispensabile per i due ordini di fenomeni cardiaci e vasali.

Il riflesso cardio-vasale è collegato non alla percezione del senso, ma ad un lavoro cerebrale consecutivo e contingente; il lavoro cerebrale è assai vario per lo stesso eccitamento, che reagisce in modo secondario sulla circolazione per l' intermezzo del mesocefalo ed infine un eccitamento sensoriale produrrà un riflesso cardio-vasale solo quando produrrà emozioni.

Arresto dei movimenti riflessi; del dott. Langendorff. (*Archiv für Anatomie und Physiologie, von Du Bois-Reymond.* 1877).

Le ricerche furono limitate al campo dell' arresto dei moti riflessi cerebrali e psichici.

L'Autore dimostrò che anche separando il grande cervello dalle parti, che stanno indietro, si rinforza l'eccitabilità riflessa.

Conclude che anche negli emisferi del gran cervello della rana si trovano meccanismi, che servono di freno ai movimenti riflessi.

L' influenza frenica del movimento riflesso di una metà del cervello si limita ad una sola parte del corpo, la metà del cervello destro agisce

sul lato sinistro del corpo, la metà sinistra del cervello agisce quale freno sui riflessi della metà destra del corpo.

La sezione trasversa della metà laterale del midollo spinale nella rana fa cessare l'azione frenica.

Sembra all'Autore dimostrato l'incrocicchiarsi delle strade, che servono a frenare i movimenti riflessi nel midollo allungato.

La visione in rapporto al meccanismo riflesso del cervello di rana; del dott. Langedorff. (*Archiv für anatomie und physiologie*, von *Du Bois-Reymond*, 1877).

L'Autore dopo una serie di ricerche fatte su questo indirizzo viene alla seguente conclusione:

Le rane cieche in generale hanno un aumento di eccitabilità riflessa in confronto alle rane che veggono.

Eccitamenti che sarebbero inattivi per le rane che veggono, lo sono invece per quelle cieche. Le relative sperienze di Fubini ce ne pongono esempio.

Anche le rane che si tengono all'oscuro e con diligenza fuori della luce; esaminate col metodo di Türck mostrano aumento di eccitabilità riflessa. »

Tenacità dei nervi acidificati; del dott. Moriggia. (*Accademia dei Lincei*).

Si provarono i nervi sciatici di rana. La loro tenacità si desumeva dal peso, che sopportavano prima di rompersi: i pesi si aggiungevano al bilancino rapidamente dapprima grossi e quindi in serie decrescente.

I nervi offrono tenacità talora ben differenti anche in rane apparentemente eguali, e perfino nello stesso animale.

La tenacità dei nervi leggermente acidificati per acido cloridrico cresce e da questo lato i fili animali si comportano come i vegetali (cotone), la tenacità però scema ove il bagno sia o troppo acido o troppo prolungato. Il bagno acquoso ed ancora più l'alcalino (potassico) diminuiscono la tenacità.

I muscoli perdono nella loro tenacità tanto dal bagno semplice che da quello alcalino (potassico) od acido ma più particolarmente da questo ultimo.

Influenza della corrente indotta sovra i vasi; del dott. Onimus. (*Gaz. Hebdomadaire*, 1877, pag. 28).

Gli eccitamenti, rapidi portati sui nervi vasomotori producono lo stringimento tetanico dei vasi e diminuiscono la circolazione.

Questi stessi eccitamenti, quando nel loro succedersi si avvicinano alle condizioni normali dei movimenti ritmici dei vasi, producono l'aumento dei movimenti e fanno più attivo la circolazione.

Questi fatti, secondo l'Autore, appoggiano la teoria della contrazione autonoma dei vasi, perchè dimostrano che se la contrazione tetanica dei vasi diminuisce la circolazione, le contrazioni successive e ritmiche dei vasi aumentano l'afflusso del sangue.

Bisogna usare correnti di media intensità perchè con correnti molto deboli si ottiene assai spesso anche con interruzioni rapide, una leggiera dilatazione vasale.

Studio critico e sperimentale sull' antagonismo fra la stricnina e l'alcool; del dott. STACCHINI. (*Archives de physiologie*, 1877).

Dallo studio, che fece l'Autore nel laboratorio di Vulpian, si ricavano le seguenti conclusioni:

L'alcool non sembra doversi considerare un vero antagonista della stricnina.

L'alcool produce diminuzione notevole delle convulsioni stricniche e può impedire la morte, che suole avere per lo più luogo fino dai primi accessi.

Se la stricnina fu amministrata agli animali a dosi molto tossiche, gli animali muoiono dopo un tempo più o meno lungo, malgrado l' assorbimento di alte dosi di alcool.

Una dose mortale di alcool non è influenzata dalla stricnina.

La stricnina non sembra avere azione sull'ubbriachezza per l'alcool.

Se la stricnina e l'alcool sono amministrate a dosi del tutto tossiche, l'animale muore per gli effetti riuniti delle due sostanze velenose.

Influenza della nicotina sull'organismo animale; del dott. CORSO.

Ecco le conclusioni dell'Autore: L'aumento della pressione sanguigna può essere ottenuto anche senza conservare la integrità del centro vasomotore ed anche quando è distrutto il tratto del midollo compreso fra il bulbo e la prima vertebra lombare.

È fallace la teoria di Brown-Sequard e di Marshall-Hall secondo la quale l' innalzamento della pressione e le contrazioni muscolari sarebbero dovute ad un' azione riflessa, nella quale la principale parte sarebbe rappresentata dai centri dei vasi-motori.

Il primo effetto della nicotina sulla pupilla non è quello di restringerla ma invece quello di dilatarla in seguito alla irritazione del simpatico, che la nicotina determina nei primordi della sua azione.

Tempo necessario per la produzione d' impressioni gustative; dei dottori VINTSCHGAU e HÖNIGSCHMIEDT. (*Pflüger's Archiv*, v. XIV).

In regola generale il sapore salato è percepito prima del sapore dolce, questo prima dell'acido, il sapore acido prima dell' amaro. Associando queste sostanze invece e di usarle isolatamente, si riconosce che il sapore salato è percepito 0,031 di secondi prima del dolce; il sapor salato 0,041 di secondo prima dell'acido, il sapore dolce e l'amaro sono percepiti nel tempo stesso, quando si portano alla base della lingua.

Sperienze fisiotossicologiche sul latte di capra; del dott. MORIGGIA.

Il latte di capra fresco somministrato a cani senza altra mescolanza (100 grammi) induce diarrea.

Le capre sono molto capricciose nella scelta e nella presa delle erbe.

La momordica verde coi suoi frutti ed i frutti e le foglie del colchicum autumnale non produssero segni constatabili di patimento nè

per le capre, nè per i cani, gatti e per l'uomo che ne pigliarono il latte.

La plumbago pure fu innocua alle capre ed agli animali, che ne presero il latte.

Il solfato di atropina, l'aconitina e la stricnina sono tollerati dalle capre quando presi per bocca anche a centinaia di milligrammi.

Il latte delle capre, che avevano preso della plumbago, non fornì la plombagina invece si trovò dell'elaterina nel latte delle capre, che avevano preso della elaterina.

Osservazioni sull'acidità del succo gastrico; del dott. Richet. (*Gaz. Hebdomadaire*, 1877, n. 10).

Verneuil in un caso di stringimento insuperabile dell'esofago fece la gastrotomia con esito completo; nel giovine ammalato del tutto guarito, che portava fistola gastrica l'Autore fece osservazioni sulla digestione stomacale e sul succo gastrico.

L'esofago è del tutto impermeabile sicchè i liquidi della bocca non si mescolano con quelli dello stomaco; si assicurò di tale fatto facendo masticare dello zucchero con ferro cianuro di potassio, senza potere mai riconoscerne traccie nei liquidi dello stomaco.

Per l'impermeabilità dell'esofago, l'individuo non può nutrirsi per la bocca e si alimenta per mezzo della sonda, che si pone in modo stabile sulla fistola.

Gli alimenti soggiornavano per tempo vario nello stomaco: la durata media era di tre a quattro ore; per l'acqua e l'alcool la rapidità di assorbimento è assai maggiore e non se ne trova più traccia dopo 35' a 45'. Gli alimenti non se ne dipartono poco a poco, sembra che passino per il piloro in massa e d'un solo tratto. Nelle tre prime ore della digestione il volume della massa alimentare è invariabile; poi, d'un tratto, in un quarto d'ora al più questa massa scompare e non ne restano che traccie.

L'Autore studiò con saggi acidimetrici i diversi gradi di acidità del succo gastrico epperciò fece 70 sperienze variando le condizioni fisiologiche ed eccone le conclusioni:

1.° L'acidità media del succo gastrico puro o mescolato con alimenti corrisponde ad 1gr.,7 di acido cloridrico per 1000 grammi di liquido. Non lo trovò mai inferiore a 0,5 nè superiore a 3,2.

2.° La quantità di liquido, che trovasi nello stomaco non ha influenza sovra di questa acidità. Che lo stomaco sia quasi vuoto o pieno di liquido, l'acidità non cangia punto.

3.° Il vino e l'alcool aumentano l'acidità dello stomaco; lo zucchero di canna la diminuisce.

4.° Iniettando nello stomaco liquidi, acidi od alcalini, i liquidi gastrici tendono presto a riprendere l'acidità normale, sicchè dopo un'ora lo stomaco riprese quasi la sua acidità media.

5.° L'acidità aumenta leggermente al fine della digestione.

6.° Fuori della digestione, il succo gastrico è meno acido che durante la digestione.

Per studiare la natura dell'acido del succo gastrico, l'Autore usò il metodo di Schmidt modificato. Analizzava il cloro totale di 100 grammi di succo gastrico e dopo avere dosato, le basi che si trovano in 100 gr. di succo gastrico calcolava quanto cloro occorre perchè tutte le basi fossero allo stato di cloruri.

Lavava lo stomaco con acqua distillata, poi faceva masticare delle sostanze sapide, che per atto riflesso producono abbondante secrezione di succo gastrico puro; si ricavava liquido incoloro, filante, facile a filtrare, di poco odore e che non subisce spontanea putrefazione.

Dallo studio fatto, riconobbe che v'ha dell'acido cloridrico libero, che l'acidità del ventricolo è ad esso dovuta, che trovansi molti altri acidi liberi o combinati al sodio, calcio, potassio nel succo gastrico, e sono l'acido solforico, fosforico e l'acido lattico.

Da 1000 grammi di succo gastrico potè ottenere 0,431 di acido lattico, ora questa quantità di acido lattico non corrisponde a 0,17 di acido cloridrico, e perchè l'acidità del succo gastrico fosse dovuto all'acido lattico bisognerebbe che l'acido lattico fosse nel rapporto di 5gr.,071.

Resta ad osservare se il succo gastrico puro contenga dell'acido lattico e questo non sia il prodotto di materie alimentari. Agitando il succo gastrico puro con dell'etere, l'etere si fa acido, e questo per l'acido lattico, giacchè l'acido cloridrico, secondo Berthelot non si scioglie nell'etere; perciò crede l'Autore di concludere che l'acido lattico che v'ha nel succo gastrico, si trova allo stato libero, non è cioè combinato con delle basi.

L'acido cloridrico esiste pure allo stato libero nel succo gastrico.

Se si rappresenta per 1° l'acidità del succo gastrico, si avrà 1 di acido lattico, 9 di acido cloridrico, il che equivale a dire che su 1000 grammi di succo gastrico 1gr.,53 è di acido cloridrico e 0gr.,43 sono di acido lattico.

Acidi liberi del succo gastrico dell'uomo; del dottor Dionys Szabò. (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, von Hoppe-Seyler, 1877).

Alcuni attribuiscono l'acidità del succo gastrico all'acido lattico libero, altri all'acido cloridrico ordinario.

L'acidità del succo gastrico non è così forte come quella dell'acido cloridrico, nè così debole come quella dell'acido lattico. Il succo gastrico per l'intensità di sua azione si avvicina più all'acido idroclorico che al lattico, la sua influenza sembra risultato di miscela di questi due acidi.

Nel succo gastrico dell'uomo si trova dell'acido cloridrico e del lattico. V'hanno casi, che forse corrispondono a condizioni di dispepsia nei quali il succo gastrico contiene solo dell'acido lattico non dell'idroclorico. La presenza dell'idroclorico non esclude quella del lattico, talvolta l'idroclorico è il solo acido libero del ventricolo.

Della funzione digestiva della milza; del dott. Herzen.

La pepsina sdoppia i corpi albuminoidi in due: parapeptoni e peptoni. La pancreatina trasforma l'albumina direttamente in peptoni.

Corvisart, Meissner, Schiff insegnarono che il pancreas di animali, che hanno compiuto copiose digestioni o sono digiuni, non digerisce l' albumina, ha invece questo potere dalla 4ª alla 7ª ora della digestione stomacale.

In animali, a cui al principio della digestione stomacale si lega il piloro, il pancreas può digerire dai 40 ai 60 gr. di albumina; senza tale operazione il pancreas può trasformare solo dai 25 ai 35 grammi di albumina.

Il metodo degl'infusi di pancreas nella glicerina indicato da Wittich giovò molto alla soluzione dalla questione; del pari che lo studio colla fistola del condotto Wirsungiano, col quale ultimo metodo Albini fece una serie d'importanti ricerche.

Schiff vide sincronismo fra la periodica iperemia della milza e la periodica apparizione di pancreatina nel succo o nell'infuso di pancreas.

Nella 4ª ora della digestione la milza da vizza ed anemica si fa injettata e cresce, poscia la dilatazione della milza e la produzione della pancreatina diminuiscono e si dileguano.

Schiff osservò quindi che gli animali in cui manca, o non funziona la milza, non si osserva *mai*, in *nessuna condizione* la minima traccia di trasformazione dell'albumina in peptono per opera del succo pancreatico.

Per quale processo avviene che durante il turgore funzionale della milza si forma pancreatina nel pancreas?

Levata la milza, il poter digestivo dello stomaco è raddoppiato, è abolito invece quello del pancreas.

La milza senza alterare i peptogeni, che sono nel sangue, forma forse nel suo interno durante il suo turgore un fermento, che fissato nel parenchima del pancreas converte in pancreatina parte dei peptogeni stessi.

Nel 1875, Heidenhain e Weiss dissero che nel pancreas trovasi depositata in varia quantità il zimogene, che può diventare pancreatina in certe condizioni che sono incerte ed ignote.

Ma Schiff dice che la milza produce un fermento, che opera nel pancreas la conversione dei peptogeni in pancreatina.

Sembra che il zimogene del pancreas sia inalterato nella ghiandola finchè non appaja nel sangue il fermento che lo convertisca.

Forse la trasformazione del zimogene si forma in vita quando v' ha ristagno nel parenchima splenico di molto sangue. Quindi il zimogene del pancreas deve essere in proporzione inversa della quantità di pancreatina. Collimano insieme la quantità di pancreatina trovate da Corvisart, Meissner e Schiff nel pancreas che sono tanto maggiori nel tempo che Heidenhain e Weiss trovarono minori le proporzioni di zimogene e viceversa.

Heidenhain vede col microscopio il zimogene nelle cellule pancreatiche.

L' Autore si propose di dare la prova di fatto all'ipotesi di Schiff.

Dalle sperienze da lui fatte risulta che la milza non entra sempre e ad ogni digestione in turgore funzionale; che per impedire la conversione del zimogeno non importa che la milza sia estirpata o legata, basta che non possa entrare in iperemia funzionale.

Nella milza contratta non v' ha il fermento atto a convertire il zimogeno, interessava poi di sapere se il fermento trovasi nella milza dilatata, il che essendo, conferma i risultati di Schiff e di Heidenhain, e si può conchiudere che il pancreas produce a spese delle sostanze peptogeniche presenti nel sangue un corpo atto a cangiarsi in pancreatina e questo per un fermento prodotto nella milza; fermento, che si forma solo quando la milza è in turgore; se la milza non funziona, non si forma pancreatina, il zimogene che vi si accumula, non si consuma, v' ha nel sangue eccesso di sostanze peptogeniche, che forniscono eccesso di pepsina alla ghiandola della mucosa gastrica.

Funzione della milza; del prof. Schiff.

Al Congresso scientifico internazionale di Ginevra del 1877, l'Autore fece la seguente comunicazione:

L'estirpazione della milza non ha influenza duratura sulla quantità assoluta o relativa dei globuli bianchi o rossi del sangue.

Nei primi tempi dopo l'operazione si ha aumento considerevole dei globuli bianchi con o senza diminuzione dei rossi, il che dipende solo dagli atti operatori, che necessitano l'ablazione dell'organo ed i fenomeni restano quasi eguali se gli atti preparatori non sono accompagnati dall'ablazione dalla milza. Tolta la milza è un' eccezione il vedere gonfiarsi le ghiandole linfatiche od aumentare il volume delle altre. Anche sopravvivendo gli animali per un anno e mezzo dopo esportata la milza, non si veggono le così dette milze supplementari quando pure l' operazione sia stata eseguita nelle prime settimane di vita dell'animale.

Forse il gonfiarsi delle ghiandole mesenteriche devesi a peritonite parziale.

La milza sembra aumentare di volume dalla 4ª alla 7ª ora di sufficiente digestione stomacale.

La milza durante la digestione, o durante l' assorbimento stomacale prepara un fermento, che entrando col sangue nel tessuto del pancreas trasforma in questa ghiandola una sostanza speciale in pancreato-pepsina o tripsina, sostanza atta a digerire i corpi albuminosi.

Estirpata la milza, il succo pancreatico perde la sua influenza digestiva sui corpi albuminosi conservando tutta la sua proprietà digestiva. La digestione duodenale degli albuminoidi è debole come nelle altre parti dell'intestino tenue.

Tolta la milza, la sostanza che è destinata a fare la tripsina si accumula nel pancreas e può essere ancora trasformata in tripsina per

azioni chimiche, che dopo la morte accompagnano il principio della putrefazione.

Distrutti i suoi nervi, la milza resta flaccida, non si gonfia più, diviene atrofica siccome i tessuti erettili, i cui nervi vasali sieno paralizzati.

Quanto di saliva secerne l'uomo nell'atto della masticazione; del dottor Zuczek. (*Zeitschrift für Biologie*, XII).

L' Autore fece le sue ricerche col metodo seguente: Prendeva cibo ordinario, il cui peso era esaminato allo stato secco, veniva masticato e quando era in condizione da essere trangugiato, si emetteva fuori, si pesava; si essiccava di nuovo, con un semplice calcolo si conosceva la quantità di saliva che era secreta.

La carne era sperimentata senza grasso e brodo. Si vide che la quantità di saliva emessa era maggiore coi cibi assai poveri di acqua.

Calcolò l' Autore quanta saliva viene secreta per giorno: nell'uomo adulto quando l'alimentazione era solo di pane bigio era di 545 grammi, di pan bianco 698; di alimento privo di azoto (fecola, grasso, zucchero) 500, molto pane e patate 659, cibo misto 476, cibo ricco di albumina 793, cibo misto 473-459, cibo misto in uomo adulto 372, in donna 228, in un bambino di 2 anni e 1[2 126.

Paragonò poscia questa secrezione col peso delle ghiandole salivali (86 grammi). Le ghiandole nella masticazione in un' ora emettono 1300 gr. di saliva.

Colore purpureo della retina; di Boll e Kuhne.

Al colore purpureo della retina per quanto già indicato da Enrico Muller (1856) da Leydig (1857) da Schulze (1866) non si era dato grande importanza prima che Boll e Kühne avessero fissato l' attenzione dei fisiologi.

Nella rana, nel topo, nel piccione, nel tritone, nel coluber natrit, nell'anguilla e direttamente pure nell'uomo fu osservato.

Il colore della retina scompare quando questa viene esposta alla luce.

Il pigmento, che colora il segmento esterno della retina può venire estratto, la bile ne può esser il mezzo solvente. La soluzione filtrata è di colore rosso, poi assume tinta cremisi e quindi scompare. Tale soluzione assorbe tutti i raggi dello spettro, dal giallo-verde al violaceo; lascia passare il giallo, l'arancio, il rosso.

La retina perciò guardata alla luce incidente dello spettro, dal giallo verdastro al violaceo sembra grigia poi nera.

Esposta allo spettro d'un prisma di Glint la retina si fa pallida in 15' nel giallo verdastro e fino al principio del verde puro.

La retina impallidisce lentamente nel verde azzurro, nell' azzurro e nel violaceo; del pari che nel giallo e nell'arancio.

La retina non diviene pallida nel rosso e nell'ultra violaceo.

Dopo che si tenne per un'ora nel verde e nel verde azzurro, scompare del tutto il suo colore, un po' meno dell'azzurro, poco nel giallo ed arancio, niente nel rosso.

Il rosso spettrale però dopo lungo tempo fa scomparire la porpora retinea. La luce monocromatica del sodio fa impallidire la retina di rana in due ore.

La purpura retinea si conserva in soluzione di allume 5 0[0, di cloruro di sodio 1[2 0[0. La luce distrugge il colore della retina quando cessa l'afflusso del sangue all'organo, e quando cessano le condizioni di nutrizione dell'organo.

Kühne potè fissare immagini detti optogrammi. Si separa dal tronco la testa di coniglio si espone alla distanza di 19-27 centimetri una figura, in cui si trovino immagini chiare ed oscure. Dopo qualche minuto togliendo rapidamente la retina che viene immersa nelle soluzioni d'allume, si osserva la riproduzione delle figure, esposte le parti bianche della retina corrispondono alle località vere del disegno. Sopra occhi di bue un ora dopo che fu ucciso, si poterono ottenere eccellenti optogrammi.

Kühne facendo essiccare retine nell'oscurità sopra lamine di porcellana, osservò che si conservano retine impressionabili dove l'optograma restava visibile.

Il colore roseo degli elementi dell' occhio sembra avere importanza nella percezione delle immagini luminose.

Si crede che la purpura della retina sia di continuo distrutta dalla luce e rigenerata al contatto della coroidea. Kühne constata che se si espone l'occhio di retina alla luce viva del giorno sinchè la purpura retinea sia quasi del tutto scomparsa e l'occhio dell'animale estirpato sia conservato alla oscurità la purpura retinea ricompare dopo un'ora circa.

Là dove la retina è staccata dalla coroidea, la rigenerazione non ha più luogo.

Assorbimento della pelle delle rane; dei dottori Wittich, Guttman e Kurling. (*Centralblatt für die med. Wissenschaften* del 1878).

Wittich riferisce alcune sue esperienze che dimostrano che la pelle della rana illesa ha attività assorbente. Guttmann e Kurling riferiscono pure di avere ottenuto consimili risultati.

La soluzione di muscarina penellata sulla pelle delle gambe è causa dell' arresto del cuore, soluzione di stricnina sulla cute dell' addome produce tetano duraturo, la penellazione di prussiato giallo sulla cute, che copre la vescica, può essere dimostrata nelle urine.

Guttmann soleva mettere la rana in grande vaso di vetro, in cui si trova soluzione di 2 0[0 di sali di potassa, ad esempio, cloruro di sodio, nitrato di potassa e bromuro di potassio, sì che l' estremità della rana fossero immerse: dopo 24 ore l'animale moriva. Dimostrò che la conina si assorbe per la pelle come per l'injezione sottocutanea.

Dell'influenza dell'orografia sulla statura; del prof. C. Lombroso. Roma 1878.

L' Autore accettando la grande influenza che l'eredità e la razza spiegano sulla statura, crede non si debba rifiutare l'azione del terreno e del clima, come fattori della statura umana.

Sviluppo dell'uomo nella fanciullezza ed adolescenza, fra 7-20 anni; del dott. Pagliani. (*Moleschoot's Untersuchungen* XII, Band. Haft.).

L' Autore riassume in poche proposizioni le principali conclusioni della ricerche antropometriche già da lui pubblicate e di quelle del Bowditch.

Espone in disteso, dandone fisiologica spiegazione i due seguenti fatti da lui osservati.

Riguardo alla nutrizione: che il passaggio da cattiva a buona alimentazione per ragazzi in via di accrescimento viene segnato con un subito straordinario aumento in peso, più tardo in capacità polmonare forza muscolare e circonferenza del torace e più tardo ancora nella statura. Il che si può riconoscere dalle cifre medie raccolte in tre anni successivi all'epoca della mutata nutrizione.

	Anno		
	I.	II.	III.
Annuale medio accrescimento in peso	6,18 Kil.	4,64	3,9.
Medio aumento annuale nella circonferenza del torace	2,67 Cm.	3,97	3,62.
Medio annuale aumento in capacità polmonare	232 C. c.	388	257
Annuale medio aumento in forza muscolare	15,4 Kil.	35,2	14.
Medio annuale aumento in statura.	5,48 Cm.	5,26	6,36.

Ragazze agiate, bene nutrite, mentre presentano fino a 14-15 anni statura e peso superiore a ragazzi poveri e male nutriti, segnano invece capacità vitale o polmonare e forza muscolare molto inferiore.

Applicazione del telefono allo studio fisiologico della parola; del dottore Goltz. (*Gazett. Hebdomadaire*, 1878).

L' Autore mette in rapporto i fili conduttori del telefono con due elettrodi in forma di aghi che sono in contatto con un preparato di rana alla Galvani.

Quando si pronunciano delle lettere, quando si parla davanti al telefono, i muscoli si contraggono,

Le contrazioni sono vive quando si pronunciano le vocali *a* od *u* meno vive nelle vocali *e* ed *i* ad eguale intensità di tono.

Le fibre muscolari sono impressionati a ciascuna parola ma in modo diverso.

Il telefono produce correnti assai deboli; quelle che producono il tetano dei muscoli della rana non fanno sulla lingua dell'uomo alcuna im-

pressione, non possono irritare il nervo vago della rana, ma agiscono sui muscoli di questa.

Velocità della parola; del dott. Mariotti. (Accademia dei Lincei).

Il Mariotti nell'Accademia dei Lincei narra che un oratore inglese, a dire del Gibbon, pronunciava 120 parole in ogni minuto primo. Ricorda poi Massimo d'Azeglio che pronunziava 90 parole, Gioberti 100, Rattazzi 150, Mameli 180 ed il Cordova fino a 210 parole per minuto. Precipitosamente si possono pronunciare nella lingua italiana 300 parole al minuto.

Fatica e riposo dei muscoli vivi di animali a sangue caldo; del dottore Rossbac e Hartenbck. (*Archiv. für die gesammente Physiol.* t. XV).

Si lega l'arteria di un arto, il muscolo si lascia a suo posto; si eccita il nervo di secondo in secondo con correnti di apertura, si vede l'effetto della fatica per le grafiche della scossa. La sommità delle curve si trovano in linea retta; la linea di caduta del muscolo stanco è linea retta.

Quando la circolazione è libera, la prima fase è di ampiezza della scossa, la linea di fatica è linea concava che si avvicina lentamente alla linea della ascissa.

La prima scossa che succede al riposo è sempre più debole dell'ultimo eccitamento che precedeva il riposo.

Tonicità muscolare; del dott. Carlet. (*Comptes rendues de l'Acad. des sciences*, 1877).

I muscoli dell'estremità, in cui il nervo è sezionato, presentano contratture più o meno durevole.

Coi processi miografici riconobbe che tosto dopo la sezione del nervo s'ha allungamento dell'arto corrispondente, allungamento prodotto perchè i muscoli si fanno rigidi, contratti. L'esperimento di Brondgeest non traduce un solo effetto, ma dà la risultante degli effetti, che hanno luogo nei flessori e negli estensori e l'allungamento del membro si deve perchè gli estensori sono più potenti dei flessori, il membro si distende non per flacidità ma per rigidità (come nel tetano per stricnina). Questa contrattura dipende dall'eccitabilità del nervo per la sua sezione e questi risultati fisiologici devonsi avvicinare a quelli dei patologi come la contrattura per ferita del nervo a quella che precede la paralisi.

BIBLIOGRAFIA

Lettere di medici illustri.

È uscito testè dalla Tipografia Bizzoni di Pavia la III Parte delle *Memorie e documenti per la Storia dell' Università di Pavia*: è un grosso volume di 474 pag. in 4° grande. Splendida edizione, fuori di commercio.

Le lettere sono 234 e 50 i professori che le scrissero. Tra i giureconsulti e i cultori delle scienze economiche e sociali troviamo Andrea Alciati, Giuseppe Belcredi, Luigi Cremani, Giasone del Maino, Stanislao Perondoli, Adeodato Ressi, Gian Domenico Romagnosi e Pietro Tamburini; fra i Filosofi e Letterati Bertòla Aurelio, Butturini Mattia, Cerretti Luigi, Foscolo Ugo, Hager Giuseppe, Monti Vincenzo, Soave Francesco, Villa Angelo Teodoro, Zola Giuseppe; fra i matematici, fisici, chimici e naturalisti Barletti Carlo, Belli Giuseppe, Bordoni Antonio, Boscovich Ruggero, Brugnatelli Luigi Valentino, Brunacci Vincenzo, Configliachi Pietro, Fontana Gregorio, Mangili Giuseppe, Mascheroni Lorenzo, Scopoli Gio. Antonio, Spallanzani Lazzaro, Stratico Simone, Venturi Gio. Battista, Volta Alessandro. Del Borsieri e di Giampietro Frank vi hanno 8 lettere; dello Scarpa 20, del Tissot 6; del Moscati e del Rasori 5; 3 del Fattori e del Rosa; 2 del Brera, del Jacopi, del Malacarne e del Rezia; 1 di Siro Borda, Giuseppe Frank, Francesco Saverio Hildenbrand, Bartolommeo Panizza, Vincenzo Racchetti, Giuseppe Raggi. Opportunamente annotate, ed anche in parecchi luoghi con larghezza, varranno siffatte lettere non solo a metter in luce varj particolari della storia dell'antico ed illustre Ateneo, ma anche a far meglio conoscere gli uomini più rinomati, che v'insegnarono.

« Mentre per esse, è detto nell'*Avvertenza* scritta dal rettore Alfonso Corradi che curava tale pubblicazione, si svelerà l'animo di coloro che le dettarono, forse l'attento lettore imparerà un po' meglio a vedere dentro di sè, onde gli stessi suoi giudizj rispetto ad uomini e cose riesciranno assieme più diritti e discreti, più acuti e benevoli. Piacevoli per le curiosità dell' aneddoto, poche recheranno il diletto delle grazie dello stile, la massima parte essendo state dettate alla buona, taluna anzi forse neppure riletta (siccome appare dalla stessa loro forma da noi fedelmente conservata), e senza dubbio mai pensando che avrebbero veduto la luce; la qual cosa è già un pregio perchè meglio assicura della schiettezza e rimuove il sospetto di preoccupazioni e di artifizj. Nè publicando coteste scritture temiamo d'essere accusati d'indiscrezione, o di perseguitare i morti col pretesto d' onorarli; avvegnachè abbiamo proceduto in ciò co' debiti riguardi, e nulla pure occultando, abbiamo dei fatti, dei giudizj e delle opinioni recati i maggiori schiarimenti, sicchè di quelli e di queste meglio apparissero le ragioni della lode o del biasimo, la necessità o la scusa, le circostanze che li suggerirono o promos-

sero. In breve ci siamo studiati di metter innanzi la realtà, a nasconderla quale sotto specie di pudibonda carità, non avrebbesi ritratto verun profitto; si riferisce quella ad uomini, che già spettano alla storia; e però si fatte carte possono da un momento all'altro apparire in pubblico, ma non sempre corredate da documenti o testimonianze, che valgano a chiarire la loro giusta significazione sì ne' motivi dell' origine, come nel valore delle conseguenze. Ne venne pertanto il bisogno d'allargare le annotazioni, le quali con altri propositi sarebbero state, se non superflue, probabilmente non necessarie.

« Noi crediamo che la lettura di questo epistolario avrà altresì un'importanza morale; e cioè quant'è vero *la geometria, che quadra il cervello, lascia il resto come lo trova* (Lett. del prof. Gregorio Fontana), è altresì vero non basta l'ingegno più svegliato, nè la più larga coltura a temprare l'animo, a formare il carattere. »

Così è di fatti: nè senza gravi riflessioni leggonsi ad esempio le lettere dello Scarpa, dello Spallanzani, del Fontana! Il grande anatomico misurato, cauto, di nulla fuor che di sè curante, procede ne' negozj della vita come farebbe nell'allestire una preparazione anatomica; guardingo lascia intatte le parti importanti, impassibile recide chetamente o sminuzza le altre che poco importano o gli fanno ostacolo: ei sa cosa vale e lo fa sentire agli altri, ma non a sè quanto basta, onde che per rimanere in piedi fra tedeschi e francesi mette in opera le meschine arti dei deboli e de' mediocri. Per rendersi libero da ogni soggezione, pare chiudesse il cuore ad ogni gentile sentimento; nondimeno per il suo Jacopi è tutto amore e sollecitudine, e quando ne piange l'immatura morte la pienezza dell'affetto trabocca. Lo Spallanzani altero, iroso, insofferente di rivali, impetuosamente li assale; e nella vendetta pone la stessa passione che lo conduce in lontani viaggi, il fervore che gli fa moltiplicare svariati esperimenti, la stessa intensità di affetti con cui riesce caro agli amici ed alla famiglia amatissimo. Gregorio Fontana ha l'animo mutabile, come versatile l'ingegno; giudica secondo gl'impulsi del primo sentimento, conforme porta l'irritabilità de' suoi nervi; ha le prostrazioni e le diffidenze dell'ipocondriaco, le stizze ed i sussulti dell'isterica. Questi morali contrasti sono messi in vista nella lunga nota a p. 126; qui basta ricordare che lo Spallanzani moriva assistito dal maggior suo nemico, lo Scarpa, ed il Fontana, da frate divenuto legislatore, proponeva che all'insigne naturalista già da lui combattuto fosse dato posto nel Panteon degli uomini illustri della Repubblica Cisalpina.

Parimente molte considerazioni sarebbero da fare intorno le altre lettere, se quest'esame non importasse troppo tempo e spazio. Così potremmo mostrare come in quella si riveli sempre più la gentilezza del Bertóla, la bontà del Borsieri, l'indole bizzarra del Boscovich, l'operosità del Brugnatelli, il dignitoso sentire del Brunacci, l'animo appassionato del Foscolo, la festività del Mascheroni, la subitaneità degli af-

fetti del Monti pronto allo sdegno come al perdono, nella gratitudine fermissimo. Ottimo Giacomo Rezia, migliore della sinistra fama Giovanni Rasori, mestamente affettuoso il povero Ressi nelle prigioni di Venezia, cordiale il Tissot, gajo il Tamburini, mitissimo il Volta. Tali lettere hanno pure importanza per la storia dell'Università, e quindi ancora per la storia scientifica e letteraria d'Italia; v'impariamo molti particolari circa le condizioni degli studj, e specialmente della medicina in quelle di Giampietro Frank; le lettere del Romagnosi scoprono gli artifizj adoprati per impedirgli il privato insegnamento, da cui dovea pure trarre di che vivere, a quali condizioni gli si concedeva d'andare esule volontario a Corfù; e le altre del buon Volta fin dove le agitazioni politiche possono alterare gli animi ed offuscare le menti. In breve crediamo che il copioso Epistolario degl'illustri professori di Pavia sia opera non solo utile, ma gradevole a leggersi.

VARIETÀ

Il veleno settico. — Com'è noto il Panum di Copenhagen avendo veduto che gli umori putridi ottenuti della carne muscolare, fatta macerare per due settimane, uccidevan in poche ore l'animale nel cui sangue fossero injettati, sebbene, dopo essere stati filtrati attraverso carta Berzelius, non mostrassero punto bacterj al microscopio, credette che l'avvelenamento settico fosse da attribuirsi a qualche cosa altro che a germi viventi. Ed in quest'opinione si raffermava maggiormente per ciò vedeva che seguirne lo stesso effetto quando la macerazione predetta era stata bollita per più di 12 ore, e quando l'estratto secco, residuo della distillazione e del trattamento con l'alcool bollente, era sciolto nell'acqua ed injettato nella vena jugulare. Pertanto i liquidi putridi, conchiudeva, operano non solamente co' protorganismi che possono contenere, ma eziandio con un fermento amorfo liquido, composto chimico organico ma non organizzato, paragonabile agli alcaloidi vegetali; e tale fermento, o *sepsina*, potrebbe essere un prodotto di secrezione o di decomposizione dei bacterj; i quali pertanto nell'infezione putrida non avrebbero, se pur l'hanno, che una parte indiretta.

Queste idee le avea esposte il Panum fin dal 1856, e successivamente le svolgeva in una memoria stampata nel 1874 nell'*Archiv für die pathologische Anatomie* del Virchow (t. LX, p. 301) fatta tradurre poscia in francese dal Pasteur nel 1876 negli *Annales de chimie et de physique* (1876, IX, 350) col titolo: *Le poison des matières putrides, les bactéries, l'intoxication putride et la septicémie.*

Ora il dott. Burdon-Sanderson, professore di fisiologia nell'*University College* di Londra, è sorto contro la dottrina del Panum e ha preso

a confutarla in una relazione al *Consiglio Privato (Report of a further investigation of the properties of the septic ferment)* pubblicata nel luglio dello scorso anno nel giornale il *Practitioner*, e della quale ecco il sommario, giovandoci di quello che n'ha dato negli *Annales d'Hygiène publique* (1878, XLIX, 186) il dott. Vallin professore d'Igiene alla Scuola di medicina militare di Val-de-Grâce.

Fin dal 1870 il Burdon-Sanderson s'era persuaso che qualunque contagio è riducibile a fine particelle insolubili nell'acqua; e però gli è sorto il dubbio che altrettanto potesse succedere nella septicemia, e che quelle particelle per l'estrema loro tenuità avessero adito di passare a traverso i filtri relativamente grossolani del Panum. Servivasi egli invece per filtrare dei vasi cilindrici di porcellana porosa adoprati cotidianamente nelle pile a due liquidi: un turacciolo di gomma elastica opportunamente accomodato chiudeva la bocca del vaso, e lasciava passare un tubo di vetro pel quale facevasi il vuoto mediante l'anlia pneumatica a mercurio: il liquido putrido, nel quale stava immerso il vaso poroso, era di tal modo inspirato, e passava nell'interno del vaso stesso assolutamente puro e limpido. Questo liquido filtrato avea perduto qualsiasi cattivo odore, nè conteneva particella visibile alle maggiori lenti, e conservavasi indefinitamente nei tubi di vetro riscaldati e chiusi a fuoco ne' quali con le consuete precauzioni era stato introdotto: in altre poteva essere injettato senza danno ne' vasi degli animali, anche alla dose di 10 centimetri cubici. Nondimeno quando la filtrazione a traverso il vaso poroso non era stata fatta che una volta, spesso trovavansi alcuni bacterj nel liquido conservato da parecchi giorni ne' tubi chiusi, e l'injezione dell'umore recente aumentava un poco la temperatura degli animali messi al cimento; ripetuta invece due o tre volte la filtrazione di seguito, perdurava il liquido ad essere limpido, innocuo e senza verun germe per un tempo indefinito. Invece la stessa macerazione di muscoli putridi, o l'estratto alcoolico sciolto nell'acqua pura, contiene sempre, dopo esser passato a traverso la carta di Berzelius, moltissime particelle tanto fine da non poter essere scorte che con forte lente. Se, immediatamente dopo questa filtrazione s'introduce in tubi riscaldati e chiusi a fuoco tale liquido apparentemente limpido, presto lo si vede divenire opaco ed a riempirsi d'una moltitudine di bacterj di forme diverse.

Il Burdon-Sanderson conchiude che il liquido semplicemente filtrato con carta e di cui s'è servito il Panum conteneva minime particelle, intorno la cui natura non mette giudizio, ma che egli propende a trovar affini ai microzimi, e pare siano la stessa cosa di ciò che il Pasteur testè, nell'Accademia di medicina di Parigi, chiamò *corpuscoli germi* (Adunanza del 17 luglio 1877). In tale stato il liquido è in grado di favorire lo sviluppo dei veri bacteri quanto i liquidi adoprati a ciò dal Pasteur e dal Cohn. E però a suo avviso le esperienze dello stesso Panum sono state fatte in un tempo in cui non sapevasi quali e quante precauzioni sono necessarie per impedire che ne' liquidi putrescibili o

fertili s'introducano o vi persistano germi estranei; quelle non hanno più importanza, poichè più accurata filtrazione toglie affatto la virulenza del liquido.

Il Burdon-Sanderson ha sperimentato comparativamente, prima e dopo la filtrazione per vaso poroso, l'estratto da lui detto *pirogenico*, poichè ha misurato l'effetto tossico dei liquidi putridi dal grado della temperatura, che ne seguiva dopo averne injettato 5 a 10 grammi in una vena sottocutanea con una sciringa del Pravaz. Non ha sperimentato che sopra cani, poichè gli effetti in altri animali, e specialmente nei piccoli roditori, sono incostanti e differiscono di quelli che nell'uomo costituiscono lo stato febbrile. Injettato il liquido filtrato semplicemente per carta, succedeva: brivido violento che persisteva parecchie ore, aumento di temperatura di 2-3 centigrammi (calore massimo raggiunto dopo tre ore), vomito bilioso, diarrea, emorragia intestinale; quando la dose era tenue, gli accidenti diminuivano, 4 ore circa dopo l'injezione, e dopo 6 ore l'animale era rimesso. Quando la dose era maggiore, od il liquido più putrido, la bocca si faceva piena di schiuma, la temperatura rapidamente scendeva (passata la terza ora) a + 34° C. a + 30° C., e l'animale moriva prostrato, con respiro affannoso e irregolare dopo 5 o 6 ore.

Pertanto i risultamenti delle esperienze dell'Autore riconfermano quanto ebbe a dire il Pasteur nella predetta adunanza dell'Accademia di Medicina e nella successiva del 23, cioè che certe granulazioni organiche capaci di resistere alla temperatura di + 120° C. ed all'alcool possono divenir fomite di straordinaria produzione di bacterj, e che i liquidi più septici perdono ogni virulenza quando una acuratissima filtrazione li abbia purgati da tali particelle germinative. Secondo Tyndall è sufficiente la temperatura a 100°, purchè ad essa vi siano esposti più volte, a distruggere la vita degli *organismi inferiori*.

L'Ippofagia a Parigi. — Presentemente a Parigi vi sono 61 macellerie di carne equina, che nel 1877, traendoli da 10,619 cavalli, asini e muli, fornirono al pubblico 1,936,490 chilogrammi di carne senz'ossa (*Gaz. uffic. del Regno d' Italia*, 1878, p. 419). — Più che un secolo fa, nel 1765, il Principe di Campofranco tentò d'introdurre la vendita di carne asinina a Palermo: a tal fine invitò i suoi amici ad un banchetto, nel quale tale carne venne servita. Ad alcuni parve saporita, e quasi tutti se la mangiarono con piacere, essendo stato il poledro che la forniva ben pasciuto d'orzo e di erbe delicate. Ciò non ostante il tentativo non ebbe verun seguito, tranne quello de' motteggi e delle satirucce. Così il povero Principe ed i suoi commensali si sentirono a dire in latino facile a capire:

A simili nunquam vidi brutum esse voratum
Haec, asine infelix, sors tibi sola datur.

(Villabianca, *Diario*. In: *Bibliot. Stor. Letter. di Sicilia*. Palermo 1874, vol. XVIII, 13° dei Diarj, p. 241).

Società Italiana d'Igiene. — In Milano per opera del *Comitato Milanese* dell'*Associazione medica italiana* è stata istituita una Società italiana d'Igiene con lo scopo « di promuovere gli studi, le isti-« tuzioni e le leggi che contribuiscono all'integrità, alla conservazione ed « all'incremento delle facoltà fisiche e morali dell'uomo, considerato « nell'individuo, nella famiglia e nella sociale comunanza. » Per meglio raggiungere tali intendimenti la Società si dirige a quanti per i loro titoli e gli studj speciali possono arrecare efficace concorso a' suoi lavori; e però chiama a farne parte medici, zoojatri, fisiologi, chimici, fisici, naturalisti, ingegneri, architetti, sociologi, amministratori, economisti, statistici, giureconsulti. Ripartisce gli studj suoi in otto sezioni:

(*Igiene generale ed esperimentale. — Igiene pubblica e diritto sanitario. — Igiene privata. — Igiene profilattica. — Igiene caritativa. — Igiene dell'infanzia e delle scuole. — Igiene professionale ed industriale. — Statistica igienica, statistica medica, topografia medica*).

La Società poi per adempiere al proprio ufficio:

« Tiene adunanze e conferenze pubbliche sopra questioni igieniche « d'interesse generale o di attualità. — Convoca congressi ed imprende « escursioni scientifiche. — Fa pubblicazioni varie e frequenti. — Dà « corsi d'istruzione popolare e scientifica nei diversi rami dell'igiene. — « Propone premj per lo studio e la soluzione dei temi. — Provvede alla « fondazione e conservazione di laboratorj per analisi e ricerche, di col-« lezioni tecniche e scientifiche, di una biblioteca. — Stabilisce rapporti « con istituzioni simili d'altre nazioni e mantiene corrispondenze nella « capitale e nelle provincie d'Italia. — S'informa dei progetti di legge « sottoposti alla sanzione del Parlamento sopra materie attinenti al-« l'igiene, per porli allo studio ed in discussione. — Richiama l'atten-« zione delle autorità sopra le cause di malsanìa, sulle condizioni igie-« niche delle classi lavoratrici, sulle misure premunitive contro epidemie « e contagi, e sopra quanto può richiedere l'azione del diritto pubblico « nazionale in materia di sanità. »

Auguriamo alla nobile e benefica istituzione prospera vita: possa essa conseguire che *sotto un cielo ridente e nel giardino d'Europa non s'abbiano ad invidiare la salute e la durata della vita di chi vive in regioni meno favorite dalla natura!*

Società contro l'ubbriachezza. — L'Inghilterra è senza dubbio il paese dove maggiore è l'abuso dei liquori spiritosi: gli asili pubblici e gli stabilimenti privati sono pieni di gente divenuta pazza od altrimenti inferma per tale vizio; nondimeno il governo non ha proposto provvedimenti legislativi contro l'ubbriachezza, e specialmente contro quegli incorregibili ubriaconi, che gl'Inglesi chiamano *habitual drunkards*. L'Associazione medica inglese avea già fatto presentare alla Camera de' Comuni un progetto di legge; ma non ancora venne preso in esame. Ora s'è formata una nuova Società con lo scopo di frenare

l'abuso delle bevande alcooliche e di sollecitare l'azione governativa. A questa *Society for promoting legislation for the control and cure of habitual drunkards* presiede il dott. A. Carpenter: ha per membri i più illustri medici e quasi tutte le maggiori dignità della chiesa e della nobiltà, quali l'Arcivescovo di Canterbury, il Cardinale Manning, sir G. Knig Hal, ecc. (*Annales d'Hygiène publique*, 1877, XLVIII, 562).

Premio Burci. — *Programma di concorso.* — Art. 1. — Il *Premio Burci* (di L. 600) verrà conferito dalla *Società medico-fisica fiorentina* all'autore della miglior memoria originale, la quale illustri o porti onorevole tributo ad un argomento di Patologia speciale chirurgica, che abbia stretti nessi coll'esercizio dell'arte.

Art. 2. — Il tempo utile per la presentazione dei lavori è fissato ad un anno dal giorno della pubblicazione del concorso, cioè a tutto il 15 aprile 1879.

Art. 3. — L'assegno del premio verrà fatto dalla predetta Società, dietro il rapporto di un'apposita Commissione esaminatrice, discusso ed approvato in seduta privata.

Art. 4. — Dalla gara saranno esclusi tutti i lavori già pubblicati o presentati ad altri concorsi; come pure non vi potranno prender parte i componenti la Commissione esaminatrice.

Art. 5. — Non sono però esclusi gli altri componenti la Società medico-fisica fiorentina.

Art. 6. — I lavori presentati al concorso dovranno essere scritti in lingua italiana e diretti alla Presidenza nell'Arcispedale di S. M. Nuova in Firenze, franchi d'ogni spesa.

Art. 7. — I concorrenti non dovranno in alcun modo farsi conoscere; dovranno contrassegnare i loro lavori con un motto, ripetuto sopra una scheda sigillata che conterrà il loro nome, cognome e domicilio. La sola scheda contrassegnata col motto del lavoro giudicato meritevole di premio verrà aperta, le altre schede saranno bruciate.

Art. 8. — La pubblicazione del motto nel Giornale *Lo Sperimentale* vale per ricevuta del lavoro.

Art. 9. — Tutti i lavori presentati al concorso saranno conservati in Archivio.

Art. 10. — Quando entro il termine di un anno l'Autore del lavoro premiato non lo abbia fatto stampare per proprio conto, la Società potrà pubblicarlo nei suoi Atti.

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

Bettelli Ciro. « I principii attivi del tayuya. » (*Bullet. scien. med.*, vol. XXIII. Bologna, 1877.).

Bottini Enrico. « Uno sguardo ai recenti progressi della chirurgia. » (*Osservatore, Gazzetta delle cliniche di Torino.* Torino 1877).

Bottini Enrico. « Du traitement radical de l'ischurie produite par l'hypertrophie prostatique. » Memoire traduit par le doct. Bacchi. (*Bulletin Thérap. méd. et chir.*, Paris 1877).

Bottini Enrico. « Casuistica di medicina operatoria. » (*Giorn. della R. Accad. di medic. di Torino.* Torino 1878).

Bozzolo C. e *Graziadei B.* « Intorno all' importanza diagnostica dell'esame degli sputi nelle varie forme di pneumonite con osservazioni sulla patologia dell'epitelio del polmone. » (*Archivio per le scienze mediche*, anno II, fasc. 3°, Torino 1878).

Brunetti. « È necessario che le sezioni legali sieno eseguite a porte aperte e servino all' insegnamento pratico della medicina legale. » (Padova 1878).

Camuset Giorgio. « Manuale di ottalmologia » prima versione italiana del dott. Giuseppe Albini. (Napoli 1878).

Cerasi F. « Il tayuya contro la scrofola e la sifilide. » Rivista terapeutica. (*Gazz. med. di Roma*, anno III, n. 22, 15 novembre 1877).

Chirone Vincenzo. « Ricerche sperimentali sull'azione biologica della ciclamina eseguite nel Laboratorio farmacologico della R. Università di Napoli. » (*Morgagni*, ottobre-dicembre. Napoli 1877).

Conti Antonio. « La migliare. » Lettera al prof. Corrado Tommasi-Crudeli. (Sassari 1878).

Fialla Louis. « Guérison de six aveugles-nés. » (Bucarest 1878).

Foà e *Savioli.* « Ricerche anatomiche e sperimentali sulla patologia del fegato. » (*Arch. scienc. med.*, 1877).

Heitler D. M. « Cura della pleurite e dei suoi prodotti. » (La Clinica contemporanea italiana e straniera, ecc.), dispensa 1ª, serie 1ª. (Napoli 1878).

Luppi Carolina e *Reggiani Teresina.* « Ettopia intestinale ed istero-epilessia vinta colle pillole di Méglin. » (Modena 1878).

Maragliano E. « La patologia generale ed i suoi rapporti collo scibile medico. » (Genova 1878).

Orsi Francesco. « Lezioni di patologia e terapia speciale medica dette nel biennio scolastico 1874-75, 75-76 presso l' Università di Pavia e raccolte dagli studenti Giovanni Arcari, Felice Viscardi e Francesco Cacciamali. » Edizione riveduta e corretta dall' Autore. (Milano 1878, vol. I, fasc. 3°).

Otis A. George. « A report to the Surgeon general on the transport of sick and wounded by pack animals. » (Washington 1877).

Pirocchi Pasquale. « L'applicazione del tayuya nella cura dell'ulcero fagedenico, delle piaghe scrofolose e della blennorragia. » (*Giorn. ital. mal. ven.*, ecc Milano 1877).

Proksch J. K. « Die Lehre von der Visceral-syphilis im achtzehnten Jahrhundert. » (Wien 1878).

Ravel Charles. « Du mercure dans la chorée essentielle. » (Extrait de l'*Art médical*, aout 1877. Paris 1877).

Renzone R. « L'Urocrasia (constitutio urica). » (Napoli 1878).

Squire Balmanno. « On the treatment of chronich eczema by a glycerole of the subacetato of lead. » (*Medical Times and Gazette.* London 1878).

Tafani Alessandro. « Nuovi studii sulla tessitura intima della retina degli uccelli. » (Firenze 1878).

Tamassia A. « Gli ultimi studi italiani sulla imputabilità. » Critica seconda. (*Riv. sperim. di freniat.* e *Medic. legale).*

Tamassia A. « Pazzia morale o nevrismo? » (*Riv. sper. di fren.* e *Med. leg.* Reggio-Emilia, anno 3°, fasc. 3°).

Versari Camillo. « La medicina elettiva di nuovo considerata. » (*Raccoglitore Medico*, serie IV, vol. IX. Forlì 1878).

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI ANATOMIA
del Prof. G. ZOJA.

(Da pag. 289 a pag. 312).

Anatomia normale.

Sappey — *Trattato di anatomia descrittiva. Quattro volumi. 3.ª edizione. Parigi 1876-77.*

Idem — *Idem. Prima traduzione italiana sull'ultima francese del dottor Antonio Raffaele. Napoli 1878.*

Pitzorno — *Trattato elementare d'anatomia umana.*

Beaunis e Bouchard — *Compendio di anatomia e delle dissezioni, tradotto da E. Villa.*

Fehling — *Della forma del bacino nel feto e nel neonato, e de' suoi rapporti col bacino dell'adulto.*

Welcker — *Sull'anatomia del legamento terete del femore.*

Gegenbaur — *Sull'esclusione dell'osso pube dalla cavità articolare dell'anca.*

Froriep — *Del muscolo pellicciajo del collo e del suo rapporto coi muscoli inferiori del volto.*

Wolf — *Sull'unione del muscolo col tendine*

Teutleben — *I legamenti sospensori del diaframma nell'uomo.*

Pierron — *Considerazioni sul sistema arterioso del braccio e dell'avambraccio.*

Hoyer — *Sopra lo sbocco immediato di più piccole arterie entro vasi aventi caratteri venosi.*

Chabert — *Memoria sulle vene della faccia e del collo.*

Gerster — *Sui vasi linfatici del testicolo.*

Giacomini — *Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.*

Colombo e Pizzi — *Dati statistici sul peso relativo e specifico del cervello e della vòlta del cranio.*

Panas — *Nervi dell'iride.*

Ercolani — *Sulle errate apparenze macroscopiche che hanno impedito fino ad ora di conoscere l'intima struttura della placenta umana, e sulla unità del tipo anatomico della placenta nei mammiferi e nella donna.*

Hesse — *Sulla conoscenza delle ghiandole cutanee e dei loro muscoli.*

Bermann — *Sulle ghiandole tubulari nelle ghiandole salivali.*

Pagliani — *Sopra alcuni fattori dello sviluppo umano. — Ricerche antropometriche.*

Idem — *I fattori della statura umana.*

Anatomia anomala.

Morselli — *Sulla scafocefalia.*
Amadei — *Cinque casi di divisione anomala dell'osso zigomatico nell'uomo.*
Belluzzi — *Anomalia congenita delle pareti toraciche in un neonato.*
Incoronato — *Alcune anomalie muscolari. — Con una tavola in fototipia.*
Wenzel Gruber — *Sel muscolo radiale esterno accessorio.*
Paganuzzi — *Di una singolare anomalia cardiaca.*
Pitzorno = *Rara anomalia dei rami dell'arco dell'aorta.*
Jurasz — *Una rara anomalia della cartilagine tiroide e della sua unione coll'osso joide.*
Zincone — *Osservazioni anatomiche.*

Anatomia topografica.

Tillaux — *Trattato di anatomia topografica, con applicazioni alla chirurgia.*
Pansch — *Sulla topografia dei reni.*

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

(Da pag. 312 a pag. 361).

Franklin — *Casuistica dell'aneurisma aortico.*
Dujardin-Beaumetz — *Sopra un caso di aneurisma dell'aorta ascendente medicato coll'ago-puntura elettrica.*
Lüttich — *Contributo alle malattie del cuore e dei grandi vasi.*
Filehne — *Sul processo della gangrena polmonale.*
Huntigton — *Osservazioni su 32 casi di gangrena polmonale.*
Schmidt — *Sull'eziologia dell'asma bronchiale.*
Moritz — *Sul catarro degli organi del respiro.*
Wagenhäuse — *Casuistica e storia dell'empiema perforante dei polmoni.*
Hardyman — *Un caso di nefrite suppurativa comunicante col polmone sinistro.*
Dickinson — *Sulla chiluria.*
Aussiloux — *Un caso di cancro del fegato.*
Carrescia — *Ascesso epatico aperto per la via del polmone, sua guarigione in seguito all'impiego dell'acido fenico internamente.*
Reginold — *Tumore linfomatoso del duodeno.*
Bannister — *Emiatrofia progressiva della faccia.*
Elben — *Due casi di malattia cerebrale.*
Chambord — *Caso di tubercolosi miliare diffusa in un'idiota epilettica.*

Lasègue — *Sulla vertigine mentale.*
Rohden — *Osservazioni sulle nevrosi.*
Westphal — *Sopra alcuni casi di acuta e mortale paralisi spinale.*
Valker — *Caso di insistente priapismo.*
Bernhardt e Bjornstron — *Sull'atetosi.*
Gore — *Sulla malattia del sonno nell'Africa occidentale.*
Huppert — *Straordinaria piccolezza del cervelletto.*
Shmit — *Caso di coma e paralisi istantanea, morte rapida, idatidi della glandola pineale, fegato e peritoneo.*
Tield — *Tumore sarcomatoso intracranico in rapporto col nervo acustico.*
Landouzy — *Della blefaroptosi cerebrale.*
Lasègue — *Dell'epilessia per mala conformazione del cranio.*
Déjérine — *Lesioni nervose nella paralisi difterica.*
Cresci Carbonai — *Sulla paralisi pseudoipertrofica.*
Pick e Ferber — *Casuistica dell'atrofia progressiva.*
Routier e Regnard — *Un caso di carbonchio, analisi del sangue e dei prodotti della respirazione.*
Makenzie — *Un caso di anemia perniciosa progressiva, morte, necroscopia.*
Laveran — *Casi di ulceri tubercolari nelle fosse nasali.*
Laveran — *Tubercolosi miliare del palato e del velo pendulo.*
Lauenstein — *Sulla patologia della leucemia.*
Rehn — *Un caso di paralisi dei muscoli dilatatori della glottide in seguito al tifo addominale.*
Grassi e Parona — *Annotazioni cliniche sull'anchilostoma duodenale.*

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S. FUBINI

(Dalla pag. 361 alla pag. 388).

Bart — *Pressione barometrica.*
Mosso — *Azione fisiologica dell'aria compressa.*
Lessona — *Studii sugli anfibi anuri del Piemonte. (Azione della luce sullo sviluppo dei girini).*
Jolyet e Regnard — *Ricerche fisiologiche sulla respirazione degli animali acquatici.*
Oertmann — *Ricambio della materia in rane private di sangue.*
Pflüger — *Determinazione dell'acido carbonico nelle ossa.*
Pflüger — *Influenza del meccanismo respiratorio nel ricambio materiale dell'organismo.*
Colasanti — *Influenza della temperatura sul ricambio della materia negli animali a sangue caldo.*

Schulz — *Relazione fra il ricambio della materia e la temperatura del corpo negli anfibi.*
Couty — *Ricerche sui gas liberi intrarteriosi.*
Ceradini — *Difesa della sua memoria intorno alla circolazione del sangue.*
Vulpian — *Rigenerazione dei globuli rossi del sangue delle rane dopo considerevole emorragia.*
Malassez — *Ricchezza dei globuli rossi in emoglobina.*
Todaro — *Sul cuore umano.*
Ewald — *Sulla traspirazione del sangue.*
Mosso — *Intorno alle variazioni locali del polso nell'antibraccio dell'uomo.*
Broca — *Sulla termometria cerebrale.*
Mosso-Albertotti — *Osservazioni sul movimento del cervello di un idiota epilettico.*
Couty e Carpentier — *Effetti cardio-vasali prodotti dagli eccitamenti dei sensi.*
Langedorff — *Arresto dei movimenti dei sensi.*
Langedorff — *La visione in rapporto col meccanismo riflesso del cervello di rana.*
Moriggia — *Tenacità dei nervi acidificati.*
Onimus — *Influenza della corrente indotta sopra i vasi.*
Stacchini — *Studio critico e sperimentale sull'antagonismo fra la stricnina e l'alcool.*
Corsi — *Nicotina sull'organismo animale.*
Vintschgau e Hönigschmiedt — *Tempo necessario per la produzione d'impressioni gustative.*
Moriggia — *Esperienze sul latte di capra.*
Richet — *Acidità del succo gastrico.*
Szabò — *Acidi liberi del succo gastrico dell'uomo.*
Herzen — *Funzione digestiva della milza.*
Schiff — *Funzione della milza.*
Tuczek — *Quanto di saliva secerne l'uomo nell'atto della masticazione.*
Boll-Kühne — *Purpura visiva.*
Wittich, Guttmann e Stirling — *Assorbimento della pelle delle rane.*
Lombroso — *Influenza dell'orografia sulla statura.*
Pagliani — *Sviluppo dell'uomo nella fanciullezza ed adolescenza.*
Goltz — *Applicazione del telefono allo studio fisiologico della parola.*
Mariotti — *Velocità della parola.*
Rossbach e Hartnecke — *Fatica e riposo dei muscoli vivi di animali a sangue caldo.*
Carlet — *Tonicità muscolare.*

BIBLIOGRAFIA.

Lettere di medici illustri — pag. 389.

VARIETÀ.

Il veleno settico — pag. 391.
L'Ippofagia a Parigi — pag. 393.
Società italiana d'igiene — pag. 394.
Società contro l'ubbriachezza — pag. 394.
Premio Burci — pag. 395.
Opere presentate alla Direzione degli Annali universali di medicina — pag. 395.

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA (1).

1. Gluttauer — *Contributo intorno alle cisti sanguigne pulsanti del capo.*
2. Leisrink — *Sulla rinoplastica.*
3. Le Fort — *Della operazione del labbro leporino complicato dalla sporgenza dell'osso intermascellare, approfittando del lobulo cutaneo mediano.*
4. Ricchi — *Amputazione parziale della lingua mediante il filo elastico.*
5. Kessel — *Sul cateterismo della tromba Eustachiana per la bocca e sopra un processo suppletivo del medesimo.*
6. Bertin e Laboudette — *Due casi di calcolosi del condotto Wartoniano.*
7. Sonnenburg — *Estirpazione e taglio del nervo alveolare inferiore all'angolo della mandibola a testa pendente.*
8. Kuncar — *Nevralgia, resezione intrabuccale del nervo sottomascellare e miloideo. Guarigione.*
9. Kuncar — *Crampo clonico del muscolo pterigoideo interno, divisione dello stesso, miglioramento durante tre giorni d'osservazione.*
10. Hartmann — *Gli allacciatori dei polipi ed il loro uso nelle cavità dell'orecchio, del naso e dello spazio naso-faringeo.*
11. Elliot — *Legatura simultanea della carotide e della succlavia.*
12. Cazin — *Aneurisma della carotide interna nel seno cavernoso.*
13. Nicoladoni — *Contributo al trattamento operativo dei diverticoli dell'esofago.*
14. Reynier — *Lussazione sopra spinosa dell'estremità estèrna della clavicola.*
15. Demme — *Ferita d'arme da fuoco nel polmone sinistro.*
16. Cavoy — *Ernia traumatica del polmone.*
17. Eulenburg — *Un caso di contrattura dell'elevatore dell'angolo della scapula e dei romboidei.*
18. Verneuil — *Gastrotomia per restringimento esofageo.*
    Del Greco — *Contributo alla cura dei restringimenti dell'esofago.*
    Rizzoli — *Apprezzamento della gastrotomia.*
19. Schiltz — *Uretrotomia interna ed esofagotomia.*

(1) Gli articoli segnati col N. 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16. 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 32, 36, 37, 38, 42, 43, 45, 46, 48. 49, 50, 51, 52 e 53 sono del dott. Cavagnis; quelli col N. 6, 12, 16, 27, 28, 29, 31, 33, 35, 40 e 54 sono del dott. Rossi; gli altri app rtengono al dott. Parona e prof. Scarenzio.

20. Jacoby — *Casuistica di fistole ombellicali.*
21. Kuncar — *Estirpazione di un tumore posto sulla sinfisi del pube.*
22. Proska — *Un metodo molto semplice di taxis.*
23. Czerny — *Studj sulla cura radicale delle ernie.*
24. Paci — *Contribuzione allo studio dell'estrofia della vescica con epispadia, ed alla sua cura chirurgica.*
25. Langenbuck — *Una singolare estirpazione di rene.*
26. Knowsley Thornton — *Rotazione dei tumori ovarici.*
27. Vedrenne — *Attacco di reumatismo articolare acuto in seguito alla introduzione di un sonda scannellata in un ascesso del margine anale, apertosi nel retto.*
28. Vedrenne — *Atassia locomotrice consecutiva alla legatura di tumore emorroidario.*
29. Perrier — *Cistotomia in una piccola ragazza, operata da Lemée.*
30. Fischer — *Sulle cause dei differenti gradi dell'atrofia nei muscoli estensori delle estremità rispetto ai flessori.*
31. Chalot — *Flebarterite con fusione dell'arteria radiale, di una vena radiale e della mediana basilica.*
32. Maas — *Della cresciuta e della rigenerazione delle ossa lunghe.*
Gudden — *Osservazioni sopra il lavoro di Maas.*
Wolf — *Discussione alla Società fisiologica di Berlino sullo stesso argomento.*
33. Perier — *Lussazione sotto-acromiale dell'omero.*
34. Stroppa — *Lussazione del femore destro ridotta col metodo razionale.*
35. Saint-Germain — *Trattamento del piede torto congenito.*
36. Johnen — *Amputazione spontanea per trombosi.*
37. Köhler — *Il metodo di emostasia primitiva sul campo.*
38. Kuncar — *Stritolamento delle cinque dita della mano destra. — Enucleazione, decorso felice della ferita, ritenzione di orina, ripetute emorragie nella vescica; morte per uremia; reperto anatomico notevole.*
39. Parona — *Amputazione di coscia col processo sotto-periosteo.*
40. Vedrenne — *Accesso d'asma consecutivo ad una frattura dell'avambraccio.*
41. Tillaux — *Disarticolazione di coscia colla galvano-caustica.*
42. Kölher — *Fratture complicate, amputazioni, disarticolazioni nel* 1875.
43. Gorman — *Statistica delle grandi amputazioni.*
44. Duplay — *Lezione sopra una forma speciale di osteite.*
45. Busch — *L'ossificazione ed il riassorbimento nell'osso crescente e nell'osso infiammato. — Del significato dei processi che si verificano nell'infiammazione dell'osso.*
46. Hönigschmied — *Esperienze sui cadaveri sulla lacerazione dei legamenti della articolazione tibio-astragalica con riguardo alla produzione di fratture indirette dei malleoli.*

47. Taff d. T. Rochas — *Della cucitura dei tendini.*
48. Gies — *Dell' effetto delle injezioni parenchimatose di acido acetico glaciale nel carcinoma.*
49. Ranke e Binz — *Sul modo di agire degli anestetici.*
50. De Renzi — *Sulla cura del tetano.*
51. Davaine — *Osservazioni relative alle esperienze di Bart sulla malattia carbonchiosa.*
52. Feltz — *Esperienze dimostranti che la setticità del sangue putrefatto non dipende da un fermento solubile.*
53. Puchy — *Ricerche sulla infezione settica di micrococchi.*
54. Licastro — *Il drenaggio quale coadjuvante l'innesto cutaneo sulle piaghe, e la loro cura.*

Contributo intorno alle cisti sanguigne pulsanti del capo; del dottor Glattauer. Comunicazione della clinica chirurgica di Billroth. (*Wiener med. Wochenschr.*, n. 22 e *Cbl. f. d. med. Wiss.*, n. 47, 1877).

Un ragazzo, di 5 anni, portava sotto l'eminenza occipitale esterna un tumore pulsante della grossezza d'un uovo di piccione, che colla pressione scompariva. Alla sua base esisteva nell'osso una lacuna a forma di delta. La puntura forniva sangue puro; il che escludeva il meningocele e l'encefalocele. Si dovette quindi supporre una protrusione estracraniale del seno longitudinale superiore, non potendosi pensare ad aneurismi, i quali non si manifestano in questa parte del cranio. Tre anni prima il ragazzo avea avuto una forte contusione su quella parte; si suppose quindi che fosse nata una osteite rarefacente, a meno che non tenendo conto della contusione, non si volesse pensare ad una protrusione primitiva del seno nominato nel feto che coll'aumentare avesse poi prodotto colla pressione il logorio dell'osso vicino.

Il ragazzo poi fu colto da cecità subitanea, di cui l'oftalmoscopio indicava la causa nella stasi retinica.

Sulla rinoplastica; del dottor Leisrink. (*Cbl. f. chir.*, 1877, n. 17 e *Centr. für die med. Wiss.*, n. 31, 1877).

Un fanciullo di 3 anni, in seguito a suppurazione e necrosi delle ossa nasali durate due anni, perdè il vomere ed il setto cartilagineo del naso, mentre le parti esterne non aveano sofferto alcun difetto. Queste furono rese libere con una incisione arcuata scorrente da una pinna nasale all'altra: poscia fu tirato un taglio verticale, col quale il dorso nasale fu diviso in due brandelli laterali, che si riunirono con sutura; dopo di che sotto la loro superficie nasale, come già fece il prof. Marzolo portando un pezzo d'avorio (« Rivista di med., chir. e terap. » 1869, pag. 198), l'Autore poneva un ponte d'ambra gialla, delicato, che dava di nuovo la precisa forma del naso. Questo ponte fu mantenuto a suo posto per 5 mesi, fino al momento che il fatto fu reso pubblico; nè mai cagionò irritazione alcuna.

Dell'operazione del labbro leporino, complicato dalla sporgenza dell'osso intermascellare, approfittando del lobulo cutaneo mediano; Nota del professore Léon Le Fort. (*Bullet. Gén. de thérap.*, gennaio 1878).

A proposito di una bambina, che ebbe l'opportunità di curare perchè affetta da labbro leporino colla complicazione sopra enunciata, l'Autore dopo aver fatto un succinto esame critico dei varii metodi in uso, piuttosto che tentare la conservazione dell'osso intramascellare consiglia di costruire un setto regolare nel modo seguente. Partendo dal punto in cui la mucosa del lobulo osseo mediano si continua con la mucosa e la pelle del lobulo cutaneo, fa un' incisione convessa in basso seguendo da vicino il margine delle gengive al disopra del colletto dei denti e termina a livello del punto dove si era proposto di far finire il naso e cominciare le narici cioè a dire a livello del punto dove dovevano riunirsi i margini divisi del labbro superiore. Con il piccolo raschiatojo adoperato nelle resezioni per distaccare il periostio, egli distaccò questo lembo mucoso dall'osso sotto giacente ed operò nello stesso modo di ambo le parti della fessura. Facendo allontanare allora da un assistente questi due piccoli lembi, insinuò al di sopra le lame d'una cesoja e resecò orizzontalmente il tubercolo osseo mediano.

Restava a fare un sotto tramezzo con il lobulo mediano cutaneo. Siccome questo stava affatto all' estremità del naso, egli cominciò a separarlo un poco dalla sua faccia cutanea, dal naso a cui aderiva, lasciando peraltrò al peduncolo abbastanza spessore da non comprometterne la vitalità. Poi con delle forbici fece l' esportazione da ciascun lato di ciò che eccedeva lo spessore d' un setto normale. Si aveva in questo modo un piccolo lembo cutaneo estesamente cruentato sulle sue faccie laterali e non restava che di fissarlo in posto. Ciò fu assai facile in grazia dei piccoli lembi di mucosa conservati da ambo i lati del setto e che sporgevano in basso. Insinuò tra questi due lembi mucosi il piccolo lembo cutaneo mediano che egli unì ai primi con qualche punto di cucitura.

In tal modo avvenuta la cicatrizzazione per prima intenzione ed i lembi essendosi un poco retratti risultò un setto perfettamente naturale. L' operazione fu compiuta in altra seduta, cioè dopo guarito il setto, ed indi a tre settimane passò alla riunione delle parti divise del labbro superiore, e siccome il vuoto a riempirsi era considerevole si attenne perciò al processo di Giraldès, il quale più che da dettagliata descrizione, varrà meglio dimostrato dalle due unite figure schematiche *a* e *b*.



Amputazione parziale della lingua mediante il filo elastico; del dottor Tebaldo Ricchi. (*Lo Spallanzani*, febbr. 1878).

A conferma dei casi di Lee (1873), Périer (1874), Déspres (1875), Quinot (1876) e Délens (*Ann. univ. di med.*, dicembre 1877) il dott. Ricchi espone il seguente:

Una contadina, d'anni 38, d'abito scrofoloso e già soggetta a malattie infettive e di petto, scarsamente menstruata, madre ad un figlio d'apparenza sano, abortito avendone un secondo d'onde una metroperitonite, godeva da 5 o 6 anni di buona salute quando ultimamente ammalava per affezione gastrica cui si aggiungeva un senso di molestia alla metà destra della lingua, che cangiavasi in dolore dando luogo ad una piaga che veniva trattata localmente coi tocchi di nitrato d'argento e colla soluzione di solfato di rame ed internamente coll'ioduro di potassio. Ma tali mezzi continuati per due mesi a nulla giovavano; frattanto l'ammalata era grandemente deperita nella salute generale e veduta per la prima volta dal dott. Ricchi rilevava che la lingua era sede di un'ulcera occupantene la metà destra dal pilastro corrispondente all'apice, interessando ancora la faccia inferiore dall'organo ed il piano orale per il tratto di due centimetri. Avendo margini consistenti e frastagliati con fondo irregolare coperto da patina grigiastra, dolente spontaneamente ed al tatto, gemente icore, facilmente sanguinante, ed intasata davasi a conoscere per un epitelioma. L'alito era fetente, la deglutizione difficile; e non essendovi ingorgo glandulare se ne decideva la esportazione che l'Autore eseguiva mediante la legatura elastica nel seguente modo:

Seduta essendo la donna sopra una sedia, e fattale tenere la testa molto inclinata all'indietro l'operatore incideva la guancia, come insegna l'illustre Rizzoli, e sollevato il lembo e divaricate le mandibole, in tale posizione mantenendole mediante un cuneo di sughero, afferrava la lingua con gli uncini del Museux e portatala in fuori per quanto poteva la trafiggeva in tre distinti punti ad un centimetro e mezzo dall'apice cioè, alla metà ed alla base con l'ago del Rizzoli munito di doppio cordone elastico e divisi i fili circoscriveva con cinque distinte anse tutto il neoplasma, previo avere con la forbice scalfita la mucosa sana affinchè i capi del cordone non avessero a scivolare. Ripulita quindi la cavità buccale dal pochissimo sangue effuso riuniva la guancia divisa mediante sutura attorcigliata. Il dolore consecutivo all'operazione fu modico, e colla applicazione di pezzetti di ghiaccio scompariva nel termine di 20 ore. La reazione successiva fu lieve e leggerissimamente del pari esacerbavansi i fenomeni locali. Al terzo giorno levavasi la sutura alla guancia e la ferita si trovò quivi perfettamente cicatrizzata. Nella sera del quinto giorno caddero, dopo un'azione incruenta, le anse e con esse tutt'insieme il tumore, che pesava, 18 grammi, avente una lunghezza di centim. 6, la larghezza massima di 3 e lo spessore di 2. Rigogliose granulazioni sorgevano ben tosto al luogo operato, la lingua

andava mano mano occupando la parte mediana della cavità orale ed alla sesta settimana dall' operazione la cicatrice era completa, normali essendo tornate le funzioni dell'organo.

La donna cessava poscia di restare sotto l'osservazione del dott. Ricchi, troppo presto quindi perchè questi potesse tenersi sicuro intorno alla stabilità della guarigione, tutti sapendo come la natura stessa del male lasci a tale riguardo troppo scarse lusinghe. Ma appunto perchè si tratta quasi sempre di guarigione temporaria non devesi trascurare di arrivarvi con mezzi semplici, poco dolorosi, innocui ed esenti da qualsiasi imponente apparato che abbia a recare trista impressione l'operando.

Sul cateterismo della tromba Eustachiana per la via della bocca e sopra un processo supplettivo del medesimo; del dottor Kessel. (*Archiv. für Ohrenheilk.*, XII, p. 218 e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 35).

Quando il naso non sia pervio e riesca impossibile per questa via il cateterismo delle trombe, l'Autore propone la cateterizzazione di queste attraverso la bocca. Siccome ambedue le trombe giacciono simmetriche sul piano mediano, in un angolo aperto all'indietro di 40°-50° ed il labbro posteriore sta più vicino al piano mediano, dell' anteriore, così la sonda deve essere incurvata a forma di ginocchio, volgendo la punta in fuori ed indietro, nell'angolo suddetto. Il catetere vuol essere lungo 20 centimetri, del lume di 3 millimetri, colla estremità piriforme. Dopo l'introduzione del catetere posteriormente al velopendolo, la punta si trova all'imboccatura della tromba. Trovato il labbro posteriore della tromba colla pera dello strumento, lo si deve solo voltare all'esterno oltre a 45°. Ma in quel momento entrano in campo le contrazioni dei muscoli della deglutizione, restando la tromba chiusa; e perciò l'aria non potrebbe essere spremuta nella cavità del timpano.

Come mezzo supplettivo del cateterismo l'Autore propone d'introdurre attraverso alla bocca una cannula con semplice curva, il di cui apice sia chiuso, mentre lateralmente si trovano una o due aperture. Allora l'aria è compressa dal naso chiuso nello spazio della gola, con che potrà certamente giungere aria nel cavo del timpano solo allorquando comincia o di nuovo si rallenta la contrazione dei muscoli deglutitori.

Due casi di calcolosi del canale di Warthon; dei dottori Bertin e Laboudette. (*Gaz. méd.*, N. 6, 1878).

L'osservazione fatta dal Bertin riguarda un ammalato che da due o tre anni soffriva tratto tratto di flussione ad un lato del mascellare inferiore. Nell'aprile scorso, il gonfiore era enorme; avea difficoltà grandissima nel parlare e disfagia, ed il dito esploratore percepiva nettamente sul pavimento della bocca la presenza d'un tumore duro. Sotto l'influenza d'una sottrazione locale, l'infermo provava un po' di sollievo e dopo qualche giorno eliminava spontaneamente dalla bocca un piccolo corpo duro, di sette millimetri di lunghezza e uno e mezzo di larghezza,

che egli credeva un frammento di dente ma che invece era un calcolo di fosfato di calce.

Il caso di Laboudette offre col precedente la più grande analogia. L'ammalato provava da sette anni dolori vivissimi sotto la lingua e insieme gonfiavasi considerevolmente il mascellare inferiore, gonfiore e dolori che a intervalli si dissipavano completamente. Negli ultimi giorni la deglutizione era divenuta quasi impossibile ed il chirurgo poteva constatare sul pavimento della bocca l'esistenza d'un tumore di color rosso violaceo. Introducendo uno stiletto nel canale di Warthon, si provava la sensazione d'un corpo duro. Ma l'ammalato non meno indocile del precedente rifiutava ogni operazione chirurgica. Quando al domani cacciava fuori un calcolo del volume d'un grosso grano di frumento.

In questi due casi interessanti i sintomi sono presso a poco stati i medesimi (flussione, difficoltà ad aprir la bocca, sollevamento della lingua, tumore, ecc.) Déspres che ha raccolti molti fatti analoghi non esiterebbe a praticare giornalmente il cateterismo del canale di Wharton, cateterismo che ad un tempo servirebbe come mezzo diagnostico e terapeutico.

L'introduzione di un punteruolo sarebbe, secondo Déspres, il migliore di tutti i processi.

Un'altra cosa da notarsi è l'espulsione spontanea dei calcoli in questi due casi, tantochè gli ammalati credettero trattarsi di denti cariati.

Estrazione e taglio del nervo alveolare inferiore all' angolo della mandibola a testa pendente; del dott. Sonnenburg. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, VIII, p. 93 e *Centr. Bl. für die med. Wiss.*, n. 32, 1877).

L'operazione avea per mira di mettere allo scoperto il nervo dal lato posteriore dell'angolo della mandibola senza esportare alcuna parte dell'osso stesso. A questo fine l'Autore insegna di condurre il taglio della pelle, cominciando un centimetro e mezzo sopra l'angolo della mandibola, dalla branca ascendente della mascella inferiore fino all' arteria mascellare esterna, per un' estensione di 3-4 centimetri e circa al principio del massetere. Poi, possibilmente con strumenti ottusi, si prepara libero il lato interno della mandibola fino alla cresta interna o lingula; così pure al disopra e didietro. Quando si è resa libera la lingula, il nervo può essere sentito anche col palpamento e tirato fuori per mezzo di uncini ottusi, ai quali si dà la direzione in alto, indietro ed indentro.

Pei rapporti anatomici si tenga a mente che il nervo linguale sta all' interno e al davanti dell'alveolare inferiore; l'arteria alveolare sta più verso l'esterno che il nervo omonimo, e non si presenta per nulla nel campo visuale.

Nevralgia, resezione intraboccale del nervo sottomascellare e miloiodeo — guarigione; del dott. Kuncar. (*Centr. Bl. für die Med. Wissench.*, 1876, n. 31).

Tale resezione fu praticata per ostinata nevralgia in un uomo di 52

anni, col metodo del nostro Paravicini seguito da Menzel, Parona e Terillon (« Annali univ. di med. Parte Rivista » agosto 1877). Il paziente fu visto anche cinque mesi dopo l'operazione e la guarigione durava ancora.

Crampo clonico del muscolo pterigoideo interno — divisione dello stesso — miglioramento durante i tre giorni d'osservazione; del dottor Kuncar. (*Centr. Bl. für die Med. Wissench.*, 1876, n. 31).

In un uomo di 41 anni, nel corso di 16 mesi erasi sviluppata una tale affezione, che nel parlare il mento e la punta della lingua restavano a sinistra e questa era in pericolo di capitare fra i denti. Contemporaneamente sotto l'orecchio destro si formava una manifesta infossatura. Il paziente mentre parlava, per rimediarvi spingeva frequentemente la mascella di nuovo al suo posto. La divisione del muscolo pterigoideo destro interno, operata dalla cavità della bocca, come già il prof. Rizzoli faceva pel massetere (« Rivista di med., di chir. e di terap. » 1869, pag. 292), produsse un risultato felice immediato. L'ulteriore decorso e l'esito sono sconosciuti, essendosi avuto in osservazione il paziente solo per tre giorni, durante i quali si mantenne il buon esito.

Gli allacciatori dei polipi ed il loro uso nelle cavità dell'orecchio, del naso e dello spazio naso-faringeo; del dottor A. Hartmann. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1877, n. 26 e *Centr. Bl. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 44).

L'Autore critica gli allacciatori di Wilde e Blacke, e li biasima perchè i lacci di questi non possono essere tirati completamente dentro la cannula, come si può coll'*écraseur;* in modo che incontrandosi in polipi molto tenaci si deve stringere tanto forte che o il filo di ferro si rompe, od il polipo viene strappato, anzichè tagliato; per il che possono nascere intensi dolori e complicazioni gravi. Gli allacciatori di Voltolini hanno, secondo l'Autore, gli stessi difetti, quando non s'usino colla galvanocaustica.

Dice che quello di Störk è complicato senza necessità. L'Autore ha perciò modificato l'istrumento di Wilde, in modo che ad un manico costrutto ad angolo ottuso, secondo quest'Autore, attacca a vite un tubo d'acciajo schiacciato all'estremità del laccio. Il laccio poi viene a stare negli angoli del tubo.

Per il naso e lo spazio naso-faringeo serve un pezzo d'aggiunta lungo 9 centimetri; e per le operazioni nello spazio naso-faringeo ci vuole inoltre un terzo tubo d'aggiunta, che è torto ad angolo retto. La parte del tubo piegata ad angolo retto è lunga da 3 e 1|2 a 4 e 1|4 centimetri, larga 6 centimetri con margine lievemente concavo per appoggiare il laccio.

Le operazioni finora eseguite con quest'istrumento dall'Autore gli diedero risultati pienamente soddisfacenti.

Ma dopo l'introduzione della legatura elastica simili apparecchi furono di molto semplificati ed il prof. Scarenzio ebbe già a fornirne le prove. (« Annali univ. di med. Parte Rivista » agosto 1877).

Legatura simultanea della carotide e della succlavia per aneurisma dell'arteria innominata; del dott. Johnson Eliot. (*Amer. Journ. of med. scienc.*, CXLVI, pag. 374 e *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 44).

Il paziente avea 41 anni; l'aneurisma era della grossezza del pugno d'un adulto e si trovava alla parte destra anteriore del collo estendendosi fino alla cartilagine tiroidea e datava da 3 anni. Ai 20 ottobre 1876 fu eseguita dall'Autore la legatura contemporanea della succlavia all'infuori degli scaleni e della carotide all'altezza della cartilagine tiroidea. Il paziente fu colto da pleuro-polmonia e da gangrena del sacco aneurismatico. Ebbe luogo un' emorragia il 31 ottobre, poi altre ripetutamente dal 7 al 9 novembre; e moriva al 9 novembre per le ripetute emorragie e per setticemia.

Il laccio della succlavia era caduto il 2 novembre senza emorragia, quello della carotide fu trovato ancora nella ferita. Alla sezione si trovò l'arco dell'aorta, tutta l'arteria innominata e il principio della carotide dilatate ed ateromatose. L'aneurisma partiva dalla parte anteriore dell' innominata e misurava in altezza pollici 5 e 3[8 e in larghezza 4. I coaguli si estendevano fino alla carotide e succlavia destra e in parte le empivano. Siccome la carotide e la succlavia erano occluse da coaguli, così le emorragie dovevano essere provenute dal sacco aneurismatico gangrenato; ed i coaguli in esso trovati alla sezione debbono in parte essere attribuiti all'azione del sesquicloruro di ferro liquido usato.

Aneurisma della carotide interna nel seno cavernoso; del dott. Cazin. (*Gaz. méd.*, N. 5, 1878).

Un individuo, che abusava di liquori spiritosi, presentava da un anno e mezzo rumore di soffio nell'orecchio sinistro; di lì ad un mese era côlto da diplopia con strabismo convergente dell'occhio pure sinistro.

Il senso dell' udito non era diminuito ed il tic-tac d'un orologio era percepito alla distanza di trenta centimetri. Se s' applicava uno stetoscopio sull'orecchio dell'infermo sentivasi un pigolio isocrono al polso, e che variava poco d' intensità coi movimenti. Non avvertivasi soffio alle carotidi, non esoftalmia, non battiti nel globo oculare. Un po' di paresi della pupilla con anestesia, dolore o nevralgia del globo oculare.

L'ammalato conservava la sua memoria intatta; era un po'irascibile, ma non presentava più disturbi cerebrali. Le arterie non erano ateromatose ed il cuore era sano.

In presenza di questi sintomi, l'Autore diagnosticava trattarsi d' un aneurisma della carotide interna lungo il seno cavernoso.

Questo caso fu descritto dall'Autore nella seduta del 23 gennajo 1878 alla Società di chirurgia di Parigi per sentirne i consigli sul trattamento da instituirsi.

Contributo al trattamento operativo dei diverticoli dell'esofago; del dottor C. Nicoladoni. (*Wiener med. Wochenschr.*, n. 25 e 27 1877, e *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 45).

In un bambino di 4 anni, che all'età di due avea bevuto della lisci-

via, si trovava all'altezza del manubrio dello sterno una stenosi, sopra della quale l'esofago erasi dilatato verso sinistra ed in avanti. La sonda introdotta si perdeva sempre in questo diverticolo, e tutti i tentativi di nutrire il ragazzo divennero alla fine inutili ed impossibili; rigettando il fanciullo poco dopo che li avea presi, ogni sorta di cibi. Fu perciò deciso di operare e lo si fece in questo modo. Col metodo di Guattani fu messo a scoperto il diverticolo, poi fu aperto e tirato tanto avanti, che l'apertura del sacco potè essere unita agli orli del taglio della pelle del collo. Si potè allora comodamente introdurre per questa apertura una sonda sottile fino nello stomaco e così effettuare la nutrizione. Ciò non ostante il fanciullo già malandato morì in capo a sei giorni sotto i fenomeni di collasso.

L'Autore dice, che finora il trattamento operativo di questo male non fu intrapreso con serietà, ed egli espone le seguenti sue vedute a questo proposito: i diverticoli accessibili all'istrumento del chirurgo si possono dividere in due gruppi: cioè in quelli che partono dalla parte inferior posteriore della faringe e si introducono nel tessuto connettivo retro-esofageo, ed in altri che nascono altrove. Si farà il taglio, per iscoprire il diverticolo, su quella parte del collo, dove questo, o da sè stesso o dopo l'introduzione d'una sonda, sporge in fuori. Una volta che si è arrivati al sacco esofageo, consiglia, per aprirlo, d'introdurre l'indice sinistro e di distaccare esso mediante tutto il sacco dalle parti che lo circondano fino alla sua radice. Il modo poi di trattare il diverticolo deve essere adattato alle circostanze d'ogni singolo caso. Nel 2° gruppo, posto dall'Autore, egli consiglia di non demolire il diverticolo, e di non chiudere subito l'esofago in tutti quei casi in cui un sondaggio comodo dell'esofago da parte della bocca non è possibile. Come già si è detto aver fatto l'Autore, in tali casi si cucirà il diverticolo alla ferita del collo, per poter far di là il cateterismo e la nutrizione: solamente dopo il ristabilimento del passaggio dalla bocca si cercherà di chiudere la fistola labbriforme formatasi, mediante il ferro incandescente. Se invece il passaggio dalla bocca esiste fin dalle prime, si demolirà subito il peduncolo del diverticolo se esso è stretto e si chiuderà subito la ferita mediante punti di *catgut*. Se invece il peduncolo sarà di grande dimensione, si preferirà unire anche il diverticolo per evitare un imbrattamento della ferita con marcia, la quale con tutta probabilità produrrebbe una mediastinite.

Nei diverticoli esofagei del 1° gruppo, quando il cateterismo da parte della bocca sia difficile, consiglia di fare la cucitura nella ferita del collo. Se tale difficoltà non esiste, ed il collo del sacco è lungo e stretto l'Autore raccomanda quest'operazione; il collo non viene tagliato vicino all'esofago, ma a qualche distanza, il sacco si ripiega indentro e le superficie della ferita, che si stanno di faccia, si uniscono con punti di sutura. Nasce così una specie di animella a tubo, che nell'atto della deglutizione, viene dal boccone che s'inghiotte serrata contro la colonna ver-

tebrale e tenuta chiusa. Dopo la guarigione resterebbe nel lume dell'esofago un' appendice di membrana mucosa, che probabilmente anche spontaneamente si ridurrebbe di molto e non farebbe ostacolo alla deglutizione ed al passaggio del bolo alimentare.

Lussazione sopra-spinosa dell'estremità esterna della clavicola; del dott. Reynier. (*France méd.* 1877, n. 33 e *Centr. für med.*, 1877, n. 30).

In un uomo di 37 anni, dopo una caduta precipitosa da una scala, la clavicola si smosse in modo che il capo esterno giaceva sull'orlo superiore della spina della scapola. La riposizione non riuscì: però l'uso del braccio ritornò discretamente quasi come prima.

Quattro settimane dopo fu fatta da Pean una osservazione affatto simile, la quale fu comunicata da Rawlatt sulla *Lancet*; in questa vi erano però più manifesti i sintomi che ricordavano una lussazione della spalla. Finora queste due osservazioni isolate paiono esser le sole di tale specie di lussazione, rese di pubblica ragione

= Io ebbi occasione di osservare il seguente fatto. Un robusto vecchio di 82 anni, piuttosto brillo, cadde dalla strada nel sottoposto prato, il quale era disposto in ripida discesa; per cui il vecchio vi rotolò giù per circa 20 metri. Un' ora dopo io osservava che il capo esterno della clavicola sinistra non era al suo posto, ma rialzato per circa 2 centimetri e portato all' indietro per circa 3, allontanato evidentemente dall' acromion e posto sopra la spina della scapola senza però toccarla, essendone più alto circa un centimetro. Nessuna frattura, nè altra lesione. Non v' era ancora tumefazione; il paziente si lamentava di dolore a quel luogo, e di difficoltà grande nei movimenti dell' arto. La riposizione fu facile, e fu operata comprimendo in basso ed in avanti l'estremo stesso lussato, colle mani sopra applicatevi fortemente: ma il bendaggio applicatovi fu rimosso dal paziente intollerante, il quale non permise più alcuna riduzione; per cui la lussazione si riprodusse e si mantenne, quantunque in minor grado di prima. All' ammalato non restò che una limitazione dei movimenti dell'arto nel senso dell' innalzamento del braccio. Io credo che la lussazione osservata fosse veramente la sopra spinosa e che sia stata prodotta da urto di retto contro il capo esterno della clavicola. L' essersi avuta la lussazione invece di una frattura è molto notevole, specialmente in quella tarda età. = (Il *Rel.*).

Ferita d'arma da fuoco del polmone sinistro, lacerazione trasversale lunga un centimetro e mezzo dell'arteria polmonare, distante un centimetro dalle valvole semilunari, senza lesione del pericardio — stravasi nello stesso — morte per emorragia e per compressione del cuore; del dott. Demme. (*Eulenburg's Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med.* ecc. XXVII, p. 74 e *Centr. Bl. für die med. Wiss.*, 1877, n. 35).

In questo caso, di cui le circostanze essenziali che danno nell'occhio sono già ben notate nel titolo, la palla sparata da un grosso revolver a piccolissima distanza, penetrata attraverso ai vestiti, fu indebolita nella

sua forza per l'urto in un soggetto robusto. Essa penetrò attraverso il margine del polmone sinistro, strisciò sul pericardio, e andò nella parte posteriore del lembo superiore del polmone sinistro, dove restò conficcata immediatamente sotto la pleura al margine posteriore del polmone stesso. Il canale della ferita avea un decorso orizzontale. L'Autore spiega l'offesa dell'arteria polmonare senza lesione del pericardio in un modo ben originale; cioè fa appello all'analogia col fatto comune, che frequentemente si presentano lesioni interne gravi prodotte da forti violenze senza danno della pelle ricoprente gli organi lesi sottoposti.

Caso d'ernia traumatica del polmone; del dott. Cavoy (de Béziers). (*Gaz. méd. de Paris*, N. 9, 1878).

Nella seduta del 23 febbrajo della Società di chirurgia, Duplay dava lettura d'un rapporto sopra un'osservazione di ernia traumatica del polmone del dott. Cavoy.

Trattavasi d'un giovane di 24 anni, che avea riportate varie coltellate in una rissa. Il polmone avea fatto ernia da una ferita, situata al settimo spazio intercostale. La dispnea era intensa, il dolore vivissimo. Malgrado ciò, non si fecero tentativi di riduzione e nel terzo giorno aveasi notevole miglioramento. Dopo ventiquattro una parte del tumore era caduta in isfacelo, la ferita s'era messa a granulare e in seguito cicatrizzavasi completamente.

Duplay aggiungeva, che in un'osservazione così interessante era da lamentarsi mancassero maggiori dettagli sulla dimensione della ferita e sul tumore.

Già Morel-Lavallée avea richiamata l'attenzione sulla relativa innocuità dell'ernia del polmone. Infatti la parte erniosa agisce come un turacciolo che trasforma la ferita penetrante in ferita non penetrante, impedisce quindi l'enfisema, il pneumotorace e lo spandimento del sangue nel cavo pleurico.

In proposito a questo fatto importante, Cavoy istesso, s'era dato a ricercare nei varii autori i casi narrati di pneumocele traumatico. Di quattordici trovati, due soltanto ebbero esito letale: in questi precisamente si era fatta la riduzione; in altri due s'ebbero accidenti gravissimi, ancora perchè si era operata la riduzione del tumore.

La conclusione pratica da trarsi da questi fatti si è, che dovrebbersi modificare da cima a fondo le regole fino ad oggi consigliate dagli autori. Mentre prima era precetto cercare di ridurre l'ernia oggi invece si deve insistere perchè questa sia tenuta fuori nelle ferite di petto.

Un caso di contrattura dell'elevatore dell'angolo della scapola e dei romboidei; del dott. A. Eulemburg. (*Deutsche Zeitschr. f. prakt. med.* 1877, n. 31 e *Cbl. f med Wiss.*, 1877, n. 43).

Eulenburg osservò in un ragazzo di 5 anni, il caso molto raro di una contrattura primitiva dei detti muscoli. La posizione della scapola era molto somigliante a quella osservata nella paralisi del muscolo grande dentato: essa era così girata intorno al suo asse longitudinale che il

margine esterno appariva posto più orizzontale, e l'angolo inferiore si trovava più indentro verso la spina dorsale. Lo stimolo elettrico dimostrò normale il muscolo serrato antico; l'eziologia della malattia non potè essere stabilita. La cura non ottenne che un successo mediocre e fu eseguita colle correnti continue costanti, ponendo il polo positivo sui muscoli contratti, e rispettivamente sul nervo dorsale della scapola, e coi movimenti passivi ed anche mezzo-attivi. L'Autore consiglia in tali casi il taglio del contratto elevatore della scapola.

Gastrotomia per restringimento esofageo; del prof. Verneuil. (*Gaz. des Hôp.*, 1876, N. 125).

Contributo allo studio ed alla cura dei restringimenti dell'esofago; del dott. G. Del Greco. (*Sperimentale*, dicembre 1877).

Apprezzamento della gastrotomia; Nota del prof. comm. F. Rizzoli. (*Bull. delle Scienze Med. di Bologna*, 1878, Serie VI, vol. 1°).

a) L'illustre prof. Rizzoli riferendo il caso di Verneuil richiama molto a proposito alla memoria degli studiosi come una simile operazione, ma per corpo straniero disceso dall'esofago ed impegnatosi nello stomaco e che avea incominciato a farsi strada all'esterno, venisse nel 1859 praticata fra noi e con esito fortunato dal dott. Fedeli (Corradi, *Della Chirurgia in Italia, ecc.* Bologna, 1871, pag. 435); rileva pure come in circostanze meno favorevoli, per trovarsi il ventricolo senza aderenze morbose e che si cercava provocare coi caustici, la eseguisse pure nel 1874 il dott. Labbé (*Gaz. des Hôp.*, 1876, pag. 389), restando all'operato una fistola gastrica però compatibile colla vita. La quale ultima possibilità viene pienamente dimostrata anche dai casi di ferite riportate alla regione in discorso. (Baumont. *Ann. Univ. di med.*, vol. 41, 1827, pag. 443. — Bassani. *Bull. delle Scienze med. di Bologna*, 1873, p. 341) non che dalle esperienze che ogni giorno si vanno facendo nei laboratori di fisiologia e di patologia sperimentale. E si fu specialmente la conoscenza loro che autorizzava i chirurghi a ritentare le prove, ma che ripetute per ben sedici volte dal 1849 in avanti sempre erano riuscite infauste. Non ostante tali sventure, Verneuil vedendo in un suo malato condizioni migliori che non quelle offertesi ai predecessori da esso conosciuti ripeteva il tentativo e potè registrare un fortunato successo.

Ecco il fatto: Un giovane di anni 17, trangugiava in isbaglio una soluzione di potassa caustica, d'onde una immediata sensazione di bruciatura intensa alla gola. La febbre si accese e ben presto emise per la bocca lacinie di membrane. Comparivano sintomi di esofagite acuta ma che gradatamente scomparivano in 15 giorni, lasciando però una grande difficoltà al deglutire e che nel termine di due mesi giungeva a tal punto da chiedere asilo all'Ospitale. Riusciti vani i tentativi di cateterismo attraverso alla parte ristretta ed essendo il generale dell'organismo sommamente deperito Verneuil pensava operarlo. Se non che esistendo lo stringimento a 7 cent. circa al disotto del principio del-

l' esofago, non era il caso di potere praticare la esofagotomia esterna potevasi solo fare scarso assegno sulla gastrotomia. Prima di passarvi però Verneuil sperando che a rendere insuperabile la stenosi vi contribuisse la contrazione spasmodica dell'esofago somministrava per clistere 8 grammi di cloralio riducendo il paziente allo stato di abbrutimento ed in allora potè a primo colpo sorpassare colla candeletta di balena lo stringimento e giungere nello stomaco, ne vennero spasmi e convulsioni ma poteronsi calmare mediante injezioni sottocutanee di morfina e per un pajo di settimane ripassando a giorni alterni col catetere si manteneva se non facile però possibile e proficua la deglutizione. Ma dopo l'annunciato tempo ogni passaggio riescì impossibile, manifestossi debolezza estrema, minaccia di morte e si passava alla gastrotomia seguendo per l'operazione le norme generiche di Lister.

Cloroformizzato l'operando praticavasi un' incisione della lunghezza di circa 5 cent. parallella al margine libero delle coste sinistre, ed incidendo la pelle, il tessuto cellulare sottocutaneo, il muscolo grande obliquo ed una piccola arteria, che veniva legata mediante il *catgut*, si giungeva fino al peritoneo che sollevato mediante pinzetta uncinata veniva inciso colle cesoje. Presentavasi lo stomaco, presolo colla pinzetta ed attrattolo fra le labbra della ferita veniva attraversato con due lunghi aghi perpendicolarmente alle labbra della incisione in guisa da mantenere la parte stomacale a contatto di esse; poscia furono presi i margini dell'apertura peritoneale con una serie di pinzette emostatiche. Passavansi in allora, punti di sutura metallica comprendendosi con quattordici anse di filo, peritoneo e parete stomacale, stringendo ciascuna ansa mediante tubo di piombo sopra un bottone di camicia, e ciò fatto ritiravansi i due spilli. Dividevasi in allora la parete stomacale, che per la strozzatura fatta dai punti erasi fatta congesta e livida, e si introduceva nella bottoniera fatta una grossa sonda di gomma che venne fissata attraversandola con filo d' argento in unione alla parete stomacale.

Dall' incisione di questa si ebbe copioso stillicidio di sangue che venne arrestato coll'uso di pinzette emostatiche, praticando una spalmatura di collodion sull'addome.

La cura consecutiva fu semplicissima alimentando cioè il paziente con cibi in forma liquida e mediante injezioni attraverso alla sciringa, e medicando regolarmente la ferita non incontravansi gravi accidenti. Alcuni dolori all'ipocondrio sinistro venivano debellati praticando injezioni sottocutanee di morfina, ed un rossore resipelaceo attorno alla ferita fu passeggero non da altro dipendendo che dall' azione irritante dell'acido fenico, per cui nel termine di sette settimane, a parte la persistenza della fistola e della stenosi, l'operato potevasi dire guarito.

Il fortunato esito da Verneuil ottenuto doveva quindi maggiormente incoraggiare i chirurghi a ripetere i tentativi ed i lettori di questa Rivista sanno (*Ann. Univ. di med. — Parte Rivista*, dicembre 1877, pa-

gina 499) come Lannelongue fosse riescito nell'intento quando il suo operato moriva per una perforazione bronchiale.

b) Anche la storia esposta dal dott. Del Greco viene riportata dal prof. Rizzoli e lo fa onde porla a riscontro di quella di Verneuil e dedurne l'apprezzamento proprio intorno alla gastrotomia che or ora vedremo.

Trattavasi di una giovane sposa che affetta da stenosi dell'estremo superiore dell'esofago per tessuto cicatriziale, prodotta da tentato avvelenamento per acido solforico. La poveretta notevolmente dimagrata presentava le condizioni sue generali assai grame e progressivamente aggravandosi a malapena poteva ingojare cibi liquidi o semisolidi.

Il chirurgo era disposto ad eseguire l'esofagotomia e ciò per le seguenti ragioni: 1° Per la natura del tessuto di cicatrice, non troppo docile alla dilatazione; 2° per non eseguire tentativi infruttuosi di cateterismo; 3° per poter in una seduta sola aprire la breccia agli alimenti, condizione imposta dallo stato misero in cui trovavasi l'ammalata.

Ma dopo esser a gran stento riescito una volta ad introdurre una candeletta elastica del N. 5 filiera inglese, per quanto facesse, mutando cateteri e invitando altro chirurgo a tentar l'introduzione mai non si riusciva, tantochè l'inferma sfiduciata dell'arte, abbandonava la città decisa di finire in quello stato misero la sua vita.

Due mesi dopo però, crescendo sempre più le sofferenze, raggranellando coraggio e forza ricorreva di nuovo all'Autore. Questa volta la candeletta passava l'intoppo: annodava allora il chirurgo alla candeletta l'esofagotomo e l'ostacolo era troncato. Ritirato l'istrumento infilzava nell'esofago fin presso lo stomaco, lo specillo dilatatore e sulla guida di questo le prime ghiande dilatatrici.

L'effetto immediato dell'operazione era questo: poche goccie di sangue, nessuna reazione locale e tanto meno generale, possibilità immediata di ingerire cibo solido. In breve, colla dilatazione che imparava poi a fare da sè l'ammalata guariva perfettamente.

L'Autore adoperava un'esofagotomo di sua invenzione e così composto. Desso cioè consta di due pezzi: una candeletta-guida (che può essere varia pel calibro, per la forma e per la materia) munita di ghiera a vite femmina ed un fusto metallico, fasciato da un pezzo di stringa elastica. Questo fusto, cui possono darsi a seconda del bisogno curve diverse, termina con una impugnatura ad anelli nel suo estremo superiore; all'altro estremo annodasi il tagliente, che somiglia ad una farfalla colle ali a metà dischiuse. Il corpo, innestasi da una parte al fusto e dall'altra alla ghiera della candeletta, per mezzo di una vite maschia; le due ali sono rappresentate da due lame, simili a quelle del Maisonneuve, meno che più piccole. Esse incidono, nella direzione di due raggi obliqui, il segmento posteriore dell'esofago; hanno il maggior diametro di 8 millimetri su ciascuna e non sono taglienti che nel loro due terzi anteriori.

La ghiera delle candelette-guide è munita di un modiolo della lunghezza di 5 cent. circa ed affusato; in guisa che mentre colà dove vi innestasi ha lo stesso calibro di questa, e mano mano si assottiglia fino a terminare in flessibilissimo filo metallico.

Questo espediente impedisce alla candeletta di ripiegarsi nel suo punto di congiungimento colla ghiera, il che tanto frequentemente succede.

c) Dopo il risultato ottenuto dal dott. Del Greco, ed altri esistenti nella storia della chirurgia, il prof. Rizzoli raccomanda ai chirurghi di non lasciarsi sfuggire il momento che potesse presentarsi opportuno per eseguire l'esofagotomia nelle stenosi dipendenti da tessuto cicatriziale o da cancro epiteliale svoltisi nell'interno dell'esofago e capaci di rendere difficilissimi il passaggio dei cibi e delle bevande; ma se il male non fosse giunto a tal punto e riescissero insufficienti i comuni mezzi di dilatazione per ottenere un conveniente ampliamento del tratto stenotico, se in ispecial modo l'ostacolo non si presentasse troppo in basso, propone di tentare di allargarlo col dilatatore bivalve che talvolta si usa nella litotomia, oppure cogli strumenti allo speciale scopo immaginati dal prof. Corradi, da Del Greco, da Chassaguy ed altri.

Che se poi la stenosi fosse insuperabile, in allora prima ancora di pensare all'esofagotomia esterna purchè la estensione dello stringimento sia molto limitata e non esistano controindicazioni il Rizzoli accorda la preferenza all'esofagotomia interna al quale scopo agevolmente si presterebbe quella stessa sciringa a dardo, di maggiore o minore lunghezza e grossezza secondo il bisogno, che con molto profitto egli adoperava varie volte in infermi affetti da stenosi uretrali prostatiche del pari insuperabili. Non occorre poi dire che all' incisione dell' ostacolo deve succedere la graduata dilatazione coadjuvata al bisogno dal dilatatore meccanico, o da ulteriore esofagotomia interna mediante l'esofagotomo sia desso quello del Maisonneuve, del Lannalongue, del Trélat, del Reybard o del Del Greco, se pure non si preferisse l' esofagotomo elettro-chimico del prof. G. Corradi col quale si eviterebbe ogni eventuale emorragia.

Può darsi ancora il caso che l'esofagotomia interna sia per l' estensione dello stringimento che per l' intolleranza del paziente non la si credesse effettuabile, ed in allora si dovrà esperire la esofagotomia esterna, la quale, secondo il prof. Rizzoli potrassi eseguire anche quando l' ostacolo si trovi in basso od alquanto al di là della base del collo, perocchè quivi l' operatore aperto l' esofago o potrà insinuarvi il dito od il dilatatore per raggiungere la parte ristretta o servirsi anche dell'esofagotomo quando quegli espedienti non servissero.

In conclusione; pare al prof. Rizzoli che approfittando debitamente dei mezzi che la chirurgia al giorno d'oggi possiede siavi luogo a sperare di potere quasi costantemente evitare la gastrotomia, o l'escisione dell'esofago, operazioni sempre pericolosissime, e la seconda incapace di porcurare completa guarigione.

Uretrotomia interna ed esofagotomia; del dott. SCHILTZ. (*Rheinländ. Corr-Blatt.*, 1877, n. 19 e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 30).

Già 10 anni fa l'Autore avea in uno scritto perorato per la pratica dell'uretrotomia interna negli stringimenti uretrali. Ora egli comunica i risultati della sua esperienza da allora in poi ed intercede per l'ammissibilità del principio di questa operazione anche nelle stenosi delle altre parti del corpo e specialmente nelle stenosi esofagee. Con un esofagotomo, costrutto da lui stesso, egli incise in due casi lo stringimento con un taglio diretto verso la parte anteriore dell'esofago. Nel 1° caso trattavasi di una stenosi cancerigna, e l'operazione fu fatta a 5 differenti intervalli, ed ogni volta procurò la possibilità di deglutire di nuovo il cibo, il che prima dell'operazione era affatto impossibile. Nel 2° caso trattavasi di una stenosi per recente cicatrice; ma non si potè dall'esofagotomia avere alcun risultato, perchè c'era un secondo stringimento, situato più profondamente del primo, del quale il paziente non volle risolversi all'operazione.

— Quando la diagnosi di cancro dell'esofago sia sicura (e non è difficile il farla), quando il cancro esofageo sia unico (in 1/3 dei miei casi all'esofageo teneva compagnia il cancro pilorico), quando la stenosi esofagea prodotta sia tale da impedire un' *efficace* alimentazione, anche liquida (e pur troppo questo momento viene; e d'altronde il cateterismo forzato è troppo spesso cagione di perforazione e di conseguente mediastinite o polmonite letale, come a più d'uno è avvenuto di osservare), anzichè affidarsi ai clisteri nutrienti ed anche all'esofagotomia interna, io riterrei realmente indicata l'istituzione di una fistola gastrica.

L'obbiezione, che con tal mezzo non si toglie il cancro esofageo, il quale proseguirà la sua marcia fatale, e finirà ancora per uccidere l'individuo, è una crudele verità, alla quale pur troppo conviene chinare il capo, non senza però osservare, che prima che il cancro si estenda ad organi tanto importanti, o meni guasti così gravi da rendere impossibile la vita, passeranno dei mesi e forse degli anni, mesi ed anni che altrimenti il paziente non avrebbe vissuto. Nè deve trattenerci il timore, che forse le labbra della fistola andranno soggette alla carcinosi, perchè le soluzioni di continuità, che tanto spesso si verificano in soggetti affetti da cancro sogliono andar esenti dalla neoplasia cancerosa.

La ragionevolezza però di tale indicazione non mi distoglie dal notare che Gallard (*Clinique médicale de la Pitié*) pone per contro indicazione della gastrotomia la stenosi esofagea cancerosa. E Verneuil faceva appunto osservare che il più degli operati erano individui affetti di cancro esofageo, smagriti, ecc. Non indicò però la durata in vita di questi individui: e quindi non si può stabilire un parallelo, che sia di guida al un giudizio definitivo. Il chirurgo deve naturalmente sapere che egli non fa che un' operazione sintomatica, e che non può sperare la guarigione, ma solo di protrarre la vita. Inoltre forse contribuì e precipitare l'esito

letale l'avere finora protratta l'esecuzione dell'operazione, a quando l'individuo era già marastico, e quindi incapace di sottostare ad un traumatismo di rilievo. Anche il caso da Lannelongue era di stenosi esofagea cancerosa. = (Il *Rel.*).

Casuis ica di fistole ombelicali; del dottor M. JACOBY. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1877, n. 15 e *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 37).

1.° *Fistola vescico-ombelicale congenita.* Trattasi di un caso in cui l'uraco si mantenne anormalmente pervio dopo la nascita. S'ebbe la guarigione coll'applicazione del ferro rovente.

2.° *Fistola vescico-ombelicale congenita.* Un giovane di 18 anni, contraeva una gonorrea, in seguito a cui ebbe uno stringimento uretrale che gradatamente si rese molto forte, e che portò iscuria. Dopochè questa durava da 24 ore, si formò una fistola ombelicale, dalla quale per lungo tempo vuotossi l'orina.

3.° *Fistola entero-ombelicale congenita.* In un neonato trapelava continuamente, dal luogo ove era caduto il cordone ombelicale, un liquido che dopo sei giorni si riconobbe quale sterco. Detta fistola in poche settimane venne a guarigione per mezzo d'una occlusione perfetta ed una fasciatura compressiva.

In questo caso si trattava d'una anormale rimanenza del dotto vitello-intestinale (1).

Estirpazione di un tumore posto sulla sinfisi pubica; del dott. KUNCAR. (*Centr. für die med Wissench.*, 1876, n. 31).

Un uomo di 59 anni, il quale avea superato dieci anni prima un ascesso all'inguine destro, osservò da 8 settimane sulla sinfisi pubica un piccolo nodo, al quale ben presto parecchi altri s'associarono, cosicchè si formò un tumore grosso come un pugno, scabro, duro, in qualche luogo molle ed elastico. Esso si prolungava dal legamento destro di Poparzio in basso e terminava in vicinanza dell'arteria crurale con limite tondeggiante. La pelle sovrastante al tumore era normale, ed il tumore facilmente smuovibile. In alcuni luoghi si toccavano sotto la pelle alcuni nodi sodi, piccoli, a forma di rosario, disposti l'uno accanto all'altro. La gamba destra era edematosa. Fu estirpato e s'ottenne la guarigione. Il tumore consisteva di vene molto ectasiche, della grossezza variante fra quella d'un dito mignolo e d'un pollice, con trombi di colore rosso-bruniccio. Alla periferia c'era tessuto connettivo e molto adipe. L'Autore crede che al luogo della malattia fosse nata già da tempo una flebectasia, a forma di gomitolo, la quale cadde primamente sotto l'osservazione avendo poscia luogo nel tumore la coagulazione, che si diffuse prestamente anche alla vena femorale. L'edema della gamba non era ancora del tutto scomparso dopo alcuni mesi.

(1) Questo condotto fa comunicare nell'embrione la cavità della vescicola ombelicale col canale cilindrico, che dapprima costituisce l'intestino. (Il *Rel.*).

Un metodo molto semplice di taxis per l'ernia strozzata; del dottor Proska. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1877, n. 18, e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 34).

L'Autore coll'iniezione nel retto a mezzo d'un irrigatore di parecchi litri d'acqua giunse a ridurre prestamente due ernie strozzate, di lui la prima avea resistito a tutti i precedenti i tentativi di riduzione (1).

Studj sulla cura radicale delle ernie; del dott. Czerny. (*Wiener Med. Wochenschr.*, 1877, n. 21 e 24 e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 37).

Per la operazione radicale dell'ernia non basta demolire e chiudere il sacco dell'ernia (V. Nussbaum), perchè con ciò non si impedisce sempre la novella fuoruscita del contenuto del sacco dell'ernia: ma bisogna eziandio restringere la apertura dell'ernia. A questo effetto l'Autore colle cautele antisettiche mette a nudo il sacco erniario, lo scioglie dalle aderenze che eventualmente abbia contratto, ripone il contenuto dell'ernia, taglia il sacco erniario e lo chiude con sutura a mezzo di minuggie d'intestino, e con sutura incrociata a forti minuggie unisce i pilastri dell'apertura erniaria in modo da occluderla completamente (2), e finalmente unisce la pelle. In un caso utilizzò, in luogo delle minuggie, dei fili di seta carbolizzati, per ottenere più sicuramente la chiusura; ma ebbe anche in quel caso la suppurazione, per cui da questo scambio non ebbe alcun vantaggio. Vennero con tal mezzo operate e guarite 4 persone, di cui tre con ernie inguinali irreducibili, ed una con una ernia inguinale doppia riducibile; spesso ebbe abbondante suppurazione allo scroto per i maneggi necessari per liberare il sacco erniario dalle adesioni che avea contratto. Onde evitare tale suppurazione Czerny volle in un caso lasciare il sacco erniario in congiunzione col tessuto circostante; ma siccome questa pratica poteva dar luogo all'insorgenza d'un idrocele, così egli ritornò più tardi alla estirpazione del sacco, con diligente drenaggio e fasciatura compressiva.

Contribuzione allo studio dell'estrofia della vescica con epispadia ed alla sua cura chirurgica; del dott. A. Paci (*Comm. Clinico di Pisa*).

È questo un lavoro interessantissimo per più ragioni, giacchè con esso l'Autore ha procurato di far meglio conoscere le varie opinioni emesse degli anatomo-patologi sopra questa grave deformità, i differenti metodi operativi proposti per ripararvi, e particolarmente quello recen-

(1) Si sa che in proposito sono anche raccomandato i clisteri effervescenti. È poi risaputo quanto giovino a facilitare la riduzione dell'ernia strozzata le iniezioni sottocutanee di morfina, che non sono così generalmente praticate come meritano. (*Il Rel.*).

(2) L'Autore chiama tale sutura: Miedernath, cucitura a busto. Il principio di Czerny si trova già in altri autori classici di chirurgia. Io ho veduto da Regazzoni a Bergamo essere usata la pratica dell'escisione del sacco erniario e della sutura metallica dei pilastri dell'apertura erniaria in seguito all'operazione dell'ernia strozzata ed esserne qualche volta seguita la guarigione radicale dell'ernia. (*Il Rel.*).

temente proposto da Thiersch col quale egli ottenne un ottimo risultato in un ragazzo per nome Lorenzo Landi di Tresana il quale venne ricevuto nello Spedale di Sarzana al 30 ottobre 1876.

Era il paziente figlio di genitori sanissimi e fratello a tre altri pure sani. Assistito dalle cure affettuose delle madre sopportò l'alterazione di cui è parola fino all'età di 16 anni sempre tormentato però da dolori fierissimi e dai più molesti bruciori. Per attenuare i dolori prodotti dello sfregamento della mucosa vescicale estroflessa contro i panni e lasciare libero lo scolo alle orine lungo gli arti inferiori, egli vesti sempre da donna. Come raccontava il paziente, queste molestie erano molto minori nelle stagioni calde che nell'inverno essendo costretto passarlo in casa e per lo più a letto per alleviare il dolore e bruciore dell'intenso eritema alle coscie Con tutto ciò conservava ancora l' aspetto di buona costituzione.

Quando entrò all'Ospedale misurava un metro e 42 centimetri di altezza, presentava un principio di gozzo ed un aspetto quasi da cretino, benchè in seguito abbia dato prove di un buonissimo grado di intelligenza, che smentiva quella prima impressione. La sua andatura era singolarissima a cagione della viziata conformazione del bacino, aveva scarso il pannicolo adiposo ma sufficiente lo sviluppo muscolare.

Alla regione ipogastrica si vedeva un tumor sferoidale prominente, formato dalla mucosa vescicale quasi resa fungosa, di un color rosso vermiglio alternato qua e là da strisce madreperlacee le quali facevano quasi ricordare un tessuto cicatriziale. Questo tumore era aderente pel suo contorno periferico alla pelle addominale per mezzo di un cercine di tessuto intermedio fra il mucoso ed il cutaneo il quale misurava la larghezza di mezzo centimetro. In alto e sulla linea mediana, si notava un bernoccoletto con tre o quattro increspature cutanee, che stava a rappresentare la cicatrice ombellicale mancante. Lateralmente si osservavano i margini interni dei due muscoli retti addominali divaricati in modo da comprendere nel loro intervallo il tumore vescicale estrofico, nella cui parte inferiore esistevano due prominenze a guisa di mammelloni aventi sull'apice un piccolo orificio da cui scolava continuamente l'orina per lo più a goccia, ma talora e specialmente negli sforzi del pianto anche a getto. Al disotto si aveva un angolo rientrante, formato dalla mucosa vescicale colla mucosa uretrale della verga epispadica la quale al solito stava molto rivolta in alto.

Il tumore vescicale aveva il diametro trasversale massimo di 5 centimetri e 1/2 ed il verticale di 3, dolentissimo al tatto, poteva momentaneamente essere ridotto colla pressione entro la cavità addominale senza che però vi fosse tollerato.

La verga epispadica che per solito è rudimentale, misurava 4 centimetri e 1/2 in lunghezza ed era di 2 cent. il maggior diametro della sua sezione. Il glande era schiacciato, ma molto sviluppato e con un diametro trasverso di 2 cent. e 1/2. Mancavano la sinfisi pubica, il corpo

del pube e porzione delle sue branche orizzontali, talmentechè il bacino osseo in avanti non era chiuso da parete scheletrica; e le due estremità ossee distavano fra loro per sei centimetri. Questo spazio era occupato da un valido stipato fibroso che a guisa di legamento chiudeva anteriormente esso bacino.

I testicoli ben sviluppati erano discesi nello scroto, senza presentare complicanza di ernia che è quasi costante in questo vizio. La pelle dello scroto e degli inguini era già discretamente coperta da peli di color nero.

In tale caso l'egregio dott. Paci, come si accennò, intraprese l'operazione col metodo del Thiersch e come era facile a prevedersi l'anaplastica non riescì di primo acchito, chè anzi si dovette sottoporre il paziente a 10 sedute operatorie ed a varie cauterizzazioni prima che il successo fosse completo. Noi non staremo a riferire tutti i particolari del decorso della cura perchè non ce lo permette lo spazio, crediamo però conveniente di trascrivere dalla stessa memoria dell'egregio dottor Paci la descrizione del metodo del Thiersch meritando esso di essere meglio conosciuto tra noi. Desso consta di sette tempi e sono i seguenti:

1° Il primo atto operatorio è destinato all'autoplastica del glande e la si eseguisce facendo ai lati della doccia mucosa uretrale peniena due incisioni longitudinali parallele leggermente convergenti in dietro ed estese in profondità fino ai tre quarti della spessezza del glande stesso; si cruentano i margini esterni delle due incisioni, e quindi se ne fa la sutura attorcigliata formando così un canale centrale e uretrale, alla cui formazione concorre la presenza di una siringa di gomma elastica;

2° Dopo avvenuta la unione del glande, Thiersch prolunga il tratto dell'uretra peniena, trasportando sul dorso della verga il prepuzio. Per fare questo tende coll' indice e pollice della mano sinistra il prepuzio sottostante al glande, pratica alla base un occhiello per mezzo di un bisturi retto e stretto, passa in quest'apertura il glande, il cui margine posteriore sia preparato colla cruentazione e quindi si fa la sutura della pagina cutanea del prepuzio col glande stesso;

3° Il terzo atto operativo consiste nel preparare un lembo addominale a destra a guisa di ponte destinato a ricoprire la metà inferiore del tumore vescicale. Le sue dimensioni per prevenire la retrazione con un po' di accartocciamento, devono essere tali da bastare a ricoprire tutto il tumore estrofico. La incisione interna deve costeggiare la curva del tumore vescicale fino alla radice della verga (e secondo il Paci spingersi per quasi un centimetro lungo il lato corrispondente della doccia uretrale); mentre la esterna sorpasserà in basso l'arcata crurale, e si comprenderà nel lembo la pelle ed il tessuto cellulo-adiposo, fino alla aponeurosi dei muscoli. Allora si passa al disotto del lembo una lamina di stagno, di guttaperca od altro per impedirne l'adesione e favorire invece la granulazione;

4° Lasciato il lembo così per tre settimane se ne recide l'attacco

superiore, lo si vuota sul peduncolo inferiore e si fissa con sutura al contorno vescicale sinistro, proporzionatamente cruentato fino al principio della doccia uretrale peniena;

5° Passati 15 giorni ed allorchè la riunione del lembo sia assicurata, si rende sanguinante il margine inferiore del lembo ed il corrispondente margine libero del collaretto prepuziale e se ne fa la sutura. Quando però la distanza fra il lembo ed il prepuzio fosse un po' grande e per farli aderire assieme si richiedesse un certo stiragliamento, allora si può fare l'aggiunta di un piccolo lembo autoplastico dello scroto. Il chirurgo poi non si accingerà a ricoprire la porzione superiore della vescica fino a tanto che non si sia ottenuto completamente la detta riunione;

6° Si passa allora alla preparazione del secondo lembo laterale a sinistra nella stessa maniera del primo. Per esso il limite inferiore della incisione interna sarà il punto di aderenza del primo lembo, e quindi anche la incisione esterna non si farà scendere tanto in basso. Nel tempo stesso si praticherà attorno al perimetro superiore vescicale e nell'intervallo dei muscoli retti il cruentamento della pelle nell'estensione di un centimetro e mezzo o due, onde produrre una superficie granulante la quale in seguito resti a contatto della superficie pure granulosa del lembo secondo per procacciarne l'adesione di seconda intenzione;

7° Dopo tre o quattro settimane si taglia l'inserzione superiore del secondo lembo, e la si fissa sulla porzione superiore della vescica, per mezzo di sutura attorcigliata fra la sua estremità ravvivata ed il punto corrispondente ugualmente ravvivato della cute addominale a destra. Si rinfresca quindi il suo margine inferiore e quello superiore del primo lembo, i quali per l'inspessimento ed un po' di rotondità acquistata, offrono una superficie della larghezza di oltre un centimetro che permette perciò la loro riunione con sutura superficiale. Si applica quindi una piccola siringa (di argento secondo Thiersch) per favorire lo scolo dell'orina.

Una singolare estirpazione del rene; del dott. C. Langenbuch. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1877, n. 24 e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 36).

Ad una donna di 32 anni, l'Autore estirpò un tumore assai molesto e doloroso, della regione lombare sinistra, che si trovò poi formato dal rene ed uretere di sinistra. Il rene era così estesamente degenerato in conseguenza di infiammazione cronica, che avea perduto affatto la sua speciale tessitura. Anche la circolazione vi era così meschina, che non vennero legate che alcune piccolissime arterie. L'organo era cangiato in una massa larga 5 centimetri, lunga 8 e dello spessore di 2 e 1/2, composta di tessuto cicatrizzato, rinchiusa in una capsula qua raggrinzata e là ancora grassosa. Ma quello che era caratteristico, era la posizione abnorme dell'organo.

Il rene cioè colla sua estremità inferiore avea bucato persino la muscolatura lombare, in modo che era arrivato a mettersi sotto la pelle. La spiegazione di questo fatto esposta dall'Autore si è che una irrita-

zione esterna permanente provocasse il processo di infiammazione, il quale dalla muscolatura dei lombi si propagasse alla capsula del rene ed al rene stesso, e con o senza suppurazione, desse luogo a raggrinzamenti cicatriziali, per mezzo dei quali il rene sia poi stato smosso.

Rotazione spontanea dei tumori ovarici; del dottor J. Knowsley Thornton (*Med. Times and Gazette*, 1877, vol. VIII, n. 13, 14 e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 44).

L'Autore ha fatto in 5 casi l'ovariotomia per rotazione del peduncolo del tumor ovarico sul proprio asse. La prima paziente era gravida da 4 mesi, quando per la mancanza di spazio nel ventre sorsero vivi incomodi. Venne praticata la puntura; più tardi si manifestò infiammazione della cisti. Sette giorni dopo la paziente risentì ad un tratto violenti dolori al ventre, sotto i quali svenne. Venti ore dopo l'Autore eseguiva la ovariotomia. Trovò la cisti nel 1° grado di gangrena.

Il peduncolo del tumore si mostrò girato 5 volte intorno al suo asse in modo che la circolazione era interrotta. Il peritoneo era alterato ed infiammato. La morte successe 16 ore dopo l'operazione sotto nuovi svenimenti. Nessuna minaccia di aborto.

Nel 2° caso il tumore era piccolo; ma sotto l'osservazione dell'Autore si sviluppò ascite e una grave depressione nello stato generale. Fu fatta l'ovariotomia; il tumore era concresciuto col cieco.

Il contenuto della cisti era sanguigna, denso, viscoso, la parete della cisti tegnente, ed il peduncolo anemico era girato due volte intorno al suo asse. L'altro ovario era pure degenerato e venne esportato insieme col primo. La paziente morì.

La terza paziente era stata punta un anno prima. Il tumore era aderente da tutte le parti, benchè non si manifestassero mai dolori. Fu fatta l'ovariotomia e non fu terminata che a grande stento.

La paziente morì 72 ore dopo l'operazione; e 36 ore prima di morire v'era stata vera anuria. Ambedue gli ovarj erano adesi alla cisti, il di cui contenuto era marcioso, e le di cui pareti erano di fresco infiammate. Il peduncolo d'ambi gli ovarii era girato due volte intorno al proprio asse.

L'Autore opina che la puntura favorisca una rotazione, perchè il movimento degli intestini disloca allora più facilmente la cisti.

Nelle gravide il moto del feto vuol essere preso in considerazione ed è forse capace di produrre tale rotazione (1).

(1) Anch'io vidi un caso analogo a quelli riferiti da Thornton. Una giovane con cistovario fu punta. Successe collasso e in 40 ore la giovane era morta. La cisti era girata intorno al suo proprio asse e il peduncolo era affatto anemico e quasi strozzato. Il contenuto della cisti torbido, icoroso. I mali effetti della rotazione saranno più facili se nella cisti è contenuto molto liquido; se fosse del tutto evacuata, la rotazione non porterebbe lo strozzamento, nè l'interrazione del circolo. (*Il Rel.*).

Attacco di reumatismo articolare acuto in seguito all'introduzione di una sonda scannellata in un ascesso del margine anale apertosi nel retto; del dott. Vedrenne. (*Gaz. méd.* 1878, N.° 6).

Questo caso riguardava un uomo che avea un ascesso apertosi nel retto ed all'esterno. L'introduzione di una semplice candeletta nel tragitto fistoloso provocava brividi e febbre. In seguito al passaggio d'un tubo da fognatura s'avea adenite acuta, seguita bentosto da un attacco di reumatismo poliarticolare. Il passaggio d'un'ansa galvanica fatta poscia, non arrecava alcun disturbo. E l'Autore ritiene questa una novella prova della relativa innocuità del termo cauterio nell'operazione della fistola all'ano.

Atassia locomotrice consecutiva alla legatura di tumore emorroidario; del dott. Vedrenne. (*Gaz. méd.* 1878, N. 6).

Un individuo dedito oltremodo a Venere e che avea probabilmente contratta una predisposizione alle malattie del midollo non avea però mai patito di tali affezioni, quando dopo la legatura d'un tumore emorroidario provò tutto ad un tratto dei sintomi palesi d'atassia locomotrice. L'incesso diveniva tosto impossibile; pure guariva.

Il relatore domanda se non si trattasse forse d'una paralisi riflessa. Uno studio interessante era da farsi su tal caso, di stabilire cioè se esisteva o meno relazione fra l'organismo venereo e l'apparizione del tumore emorroidario.

Cistotomia in una piccola ragazza praticata da Lemée; del dottor Perrier. (*Ann. de Gynec.*, maggio 1877, pag. 381 e il n. 36 del *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877).

L'operazione fu eseguita col metodo uretrale e senza incontrare complicazioni in una ragazza di 9 anni, e riuscì bene, tanto che 2 mesi dopo la fanciulla era totalmente guarita, quantunque la pietra fosse molto voluminosa. Essa era lunga 4 centimetri e 1/2 e larga 2 centimetri e 6 millimetri, ed erasi formata intorno ad un ago, che avea dimorato per due anni nella vescica.

Fu intavolata una discussione a proposito di questo fatto, alla quale presero parte i più eminenti Chirurgi Parigini, e Verneuil espose il suo parere sull'argomento in genere, che può così riassumersi:

Nelle ragazze e nelle donne si faccia la litotrizia per quanto si può; nelle piccole ragazze si faccia negli altri casi l'alto taglio; nelle donne il taglio vescico-vaginale. Egli riserverebbe solo ai casi eccezionali il metodo uretrale, come pure la forte dilatazione dell'uretra.

Sulle cause dei gradi differenti dell'atrofia nei muscoli estensori delle estremità rispetto ai flessori; del dott. E. Fischer. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, VIII, p. 1, e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 30).

Basandosi ad alcune osservazioni di atrofia del muscolo estensore della gamba, e che l'Autore ebbe occasione di fare in alcune coscie amputate per varii motivi, egli discorre in generale delle cause di partecipazione appunto dei muscoli estensori ai processi svariati di

infiammazione e di degenerazione dirimpetto alla partecipazione dei flessori, che si presenta tanto raramente ed alle estremità inferiori vengono in questione il muscolo quadricipite, i peronei, il capo esterno del gastronemio. Anzitutto è da considerare che generalmente le circostanze della nutrizione sono più favorevoli alla faccia flessoria delle estremità, che alla estensoria; l'afflusso arterioso vi è più facile, la possibilità del deflusso del sangue venoso più favorevole, come pure quello della corrente linfatica. A riprova di ciò sta il fatto, che quelle parti della muscolatura dei flessori, le quali per questi riguardi sono disposte sfavorevolmente, come per es, il bicipite del femore, sono in realtà interessati dal processo di atrofia, al pari dei muscoli estensori.

Inoltre il trovarsi l'adipe sottocutaneo al lato estensorio in strati più grossi che nel flessorio, fa sì che più facilmente vi si sviluppano i lipomi, i quali, crescendo, pregiudicano le condizioni della nutrizione della muscolatura sottogiacente; inoltre al lato estensorio si trovano più spesse, più tese le fascie, le quali sono anche talora così unite ai legamenti, articolari, ed alla muscolatura, che ogni processo infiammatorio delle stesse, sia per l'ingrossamento che ne produce, sia per la pressione che esercita, deve grandemente pregiudicare la nutrizione della stessa muscolatura sottoposta.

Pare inoltre che i muscoli flessori sieno innervati da nervi più facilmente eccitabili che non gli estensori; e sembra risultare dalle esperienze più recenti, che gli estensori risentano, molto più facilmente dei flessori le varie lesioni, a cui possano andar soggetti, e che finalmente i muscoli estensori ed i loro nervi sieno più esposti ad ogni guisa di offese esterne. L'Autore espone poi per ordine le varie lesioni, le forme morbose reumatiche, le differenti neoplasie (le malattie delle borse mucose dei tendini, i tumori sanguigni, l'invasione della trichina), e poi le malattie proprie dei nervi e dei muscoli (come l'atrofia progressiva, la pseudo-ipertrofia muscolare, le varie malattie del cervello e del midollo, gli avvelenamenti metallici), processi questi tutti, a cui sia per rapporti anatomici e nutritivi o per predisposizione speciale sono preferibilmente soggetti i muscoli estensori.

Per ultimo parla delle malattie chirurgiche, proprie delle estremità, come le fratture, le contusioni, gli stravasi sanguigni, le periostiti, le malattie articolari, le quali tutte hanno per risultato un' affezione diretta, più facile, rispettivamente una propagazione del processo, che maggiormente impedisce la nutrizione ai muscoli estensori. Vi sono poi finalmente alcuni stati morbosi, per fortuna poco frequenti, come la paralisi degli estensori dopo il colera, o per varie malattie febbrili specialmente infettive, le quali hanno questo di comune, che pregiudicano lo stato della circolazione e della nutrizione in genere molto più nei muscoli estensori che nei flessori; e ciò specialmente per i rapporti anatomici differenti dei due gruppi muscolari.

Flebarterite con fusione nell'arteria radiale d'una vena radiale e della mediana basilica; del dott. Chalot. (*Gaz. méd.*, N. 6, 1878).

Un agricoltore a 61 anni, periva per una risipola alla faccia, consecutiva ad un'operazione di cataratta. Da più di quarant'anni quest'uomo portava nella ripiegatura del cubito destro un tumore avente quasi tutti i caratteri dell'aneurisma arterioso-venoso. Peraltro non presentava ipertrofia del membro, elevazione di temperatura, nè esagerato sviluppo del sistema peloso. Si era diagnosticato trattarsi d'un aneurisma artero-venoso incisticato intermediario.

All'autopsia non trovavasi la cisti intermediaria ai due ordini di vasi. Eravi invece su grande estensione mancante la parete della arteria radiale, e questa su quei lati ch'era priva di quella era fusa con una vena radiale e colla mediana basilica. Questa unione s'estendeva a più di 5 o 6 centimetri Al microscopio si constatava l'ipertrofia delle fibre muscolari ed elastiche delle vene.

Maas. **Della cresciuta e della rigenerazione delle ossa lunghe.** (*Arch. di Langenbeck.*, XX, p. 708 e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 42).

Gudden. **Osservazioni sopra il lavoro di Maas.** (*Ibid.* XXI, p. 477).

Wolf. **Discussione alla Società fisiologica di Berlino, sullo stesso argomento.** (*Centr. f. d. med. Wosch.*, 1877, n. 45).

1.° *Sviluppo e cresciuta delle ossa lunghe.* La trasformazione dell'osso cartilagineo embrionale in vero osso sta nella più intima connessione colla comparsa del sistema dei vasi apportatori in esso di sangue. Tale sviluppo è di due specie: 1) il periosteo, intorno al quale si forma l'inviluppo periosteo (pericondrico) dell'osso; e questo serve specialmente alla cresciuta in grossezza; 2) l'endosteo (endocondrico), che è il sistema di diramazione dell'arteria nutritizia e questo sta in intima relazione colla cresciuta in lunghezza delle ossa lunghe.

I vasi periostei si formano prima in guisa di tronchi grossi, paralleli all'asse longitudinale dell'osso lungo, nello strato più esterno del pericondrio della diafisi. Da essi sotto angoli acuti partono dei rami più piccoli per la cartilagine. È per questo sistema di vasi che le cellule del periostio profonde, gli osteoblasti del periostio, forniscono il materiale per la formazione delle ossa. Queste cellule circondano i vasi a guisa di tubi e si trasformano parte in fibrille e parte in corpuscoli ossei posseggono la facoltà di estrarre dal liquido nutritivo i sali calcarei, e li deporli nella sostanza fondamentale delle lamelle.

Accanto a questa via di sviluppo ha luogo la formazione di un sistema di vasi endostei, corrispondenti alla diffusione dell'arteria nutritizia; ed intorno ha luogo la cresciuta di quella sostanza ossea, che è chiamata da Strelzoff endocondrica, e che rappresenta la formazione dell'osso entro l'osso formato dal periostio.

Perciò le cellule cartilaginee della sostanza endocondrica debbonsi considerare come osteoblasti, e tanto nei processi di trasformazione,

quanto nelle altre loro proprietà si dimostrano identiche agli osteoblasti del periostio.

La cresciuta dell'osso che ha luogo nella vita postembrionale avviene per sovrapposizione.

L'Autore non potè constatare la verità dell'affermazione di Gudden, seconde il quale dei fori praticati nel cranio si allontanano l'uno dall'altro. Così pure non potè verificare la verità dell' opinione di altri, i quali ammettono non solo la sovrapposizione di sostanza ossea su tutta la superficie del cavo midollare nella cresciuta delle ossa durante la vita postembrionale, ma che dicono aver luogo formazioni ossee dalle pareti del cavo, del midollo, persino dopo la cessazione dell'aumento in lunghezza.

2.° *Rigenerazione delle ossa lunghe.* 1) La rigenerazione del periostio non si fa dall'osso, ma viceversa. Infatti allontanando da una parte di osso il periostio, e ricoprendo l'osso con una lamina di platino, l'Autore osservò una deposizione di osso sopra la lastra; senza produzione alcuna di tessuto sotto ad essa. Se l' organo che forma le ossa si generasse dall'osso, la lamina sarebbe stata sollevata dalla produzione di quella sostanza. Per quanto l' Autore abbia modificato i suoi esperimenti, ottenne sempre lo stesso risultato.

Nè possono generare il periostio le parti molli, come risulta dalle esperienze di Ollier, esportando lo strato di proliferazione del periostio.

Quando Maas esportava delle ossa intiere da un arto o dei pezzi d'osso insieme col loro periostio, non potè mai constatare la neoformazione di una membrana, da cui si formassero ossa. Quindi il periostio può rigenerarsi da sè stesso.

2) Importanza e rigenerazione del midollo delle ossa. La midolla non può formare osso, perchè se si distrugge la cartilagine epifisaria, il midollo che rimane intatto non è capace di sostituire la azione della cartilagine di creare osso; e la cresciuta in lunghezza di quell'osso cessa. Del pari che Ollier, anche Maas eseguì senza successo i tentativi di trapiantare la midolla ossea sotto la pelle, nel cavo ventrale, fra i muscoli, per la formazione di ossa nuove.

La necrosi dell'asta ossea, che spesso subentra ad una estesa distruzione del midollo è cagionata dalla contemporanea distruzione violenta del periostio o da infezione settica. Se questi due fattori non entrano in campo o si mantengono lievi e presto cessano, il cavo midollare si riempie di nuovo di midolla, parte in grazia dei vasi di quello che è restato e parte in virtù della proliferazione perivascolare che ha luogo intorno ai vasi che dai canali Haversiani entrano nel cavo midollare. In altri casi invece il cavo midollare si riempie di osso eburneo. Quest'ultimo fatto ha luogo per una neoformazione periostea, provocata dall' irritazione del periostio, che ha luogo durante la distruzione del midollo, e che si sviluppa entro il cavo midollare attraverso all' aper-

tura fatta per praticare tale distruzione. Infatti la chiusura di tale apertura arresta subito tale rigenerazione; lo stesso succede quando si stabilisce un vuoto attraverso tutto lo strato della diafisi senza offesa del midollo e se si separa il midollo dal periostio con lamine di platino.

La cartilagine epifisaria non si rigenera mai.

3) La formazione del callo si fa nell'uomo esattamente come negli animali, esclusivamente per opera dell'attività del periostio, e nelle ossa lunghe si ripetono esattamente gli stessi fatti che furono osservati nella formazione di osso dal periostio. Il periostio fornisce dapprima un callo consistente di cartilagine jalina, che vien poi trasformata in tessuto osseo spugnoso dai vasi che vi entrano; e ciò ha luogo prima nel cavo midollare, poi fra le estremità delle ossa fratturate, ed in ultimo nelle parti esterne dell'osso.

Una gran parte poi di questo tessuto, che non serve a scopi fisiologici, viene assorbito, parte nel cavo del midollo e parte alle superfici di riassorbimento formantisi all'esterno, mentre la parte restante si trasforma in sostanza ossea compatta, per la graduata deposizione di nuove lamine ossee concentriche nei vacui midollari.

Nel tessuto osseo vecchio si osservano processi attivi di riassorbimento solo nei canali di Havers più vicini al cavo midollare. La sostanza midollare dell'osso ha anche negli avanzati in età una grande attività, ma solo riassorbente e nei vecchi animali si cambia perfino in midolla embrionale rossa.

Nelle parti molli che circondano il callo, ha luogo di solito una viva pullulazione di tessuto connettivo, il quale circonda i vasi ed i nervi di guaine ben spesse e tiene separate le fibre dei muscoli, in modo che questi sembrano ed appaiono pallidi. Questi strati di tessuto connettivo scompaiono solo qualche tempo dopo coll'uso dell'arto. Mediante injezione di cinabro Maas cercò di stabilire il rapporto genetico fra le cellule migranti del periostio, le cellule della cartilagine e dell'osso e le cellule rotonde del midollo, e vide che tutti questi elementi si caricavano di particelle di cinabro, all'infuori delle cellule giganteschie del midollo.

Gudden e Wolf affermano la cresciuta interstiziale dell'osso nel parietale e sostengono contro Maas la scomparsa dei fori appositamente segnati nell'osso, durante il processo di aumento dello stesso.

Lussazione sottoacromiale dell'omero con riduzione instabile; del dott. Perier. (*Gazette médicale*, N. 9, 1878).

Si trattava d'una giovane di venticinque anni, infermiera all'ospedale Salpêtrière ed epilettica. Ad ogni accesso la poveretta si lussava la spalla ch'ella medesima riduceva. Ma coll'andar del tempo la riduzione si faceva sempre più difficile fino al punto che fu obbligata ricorrere ai chirurghi. Moriva l'11 gennajo passato sotto accessi ripetuti.

Alla tavola anatomica, trovavasi la capsula intatta e la testa omerale sembrava un po' usurata, distrutta essendo la cavità glenoidea in

tutto il suo terzo posteriore. Nel lobo anteriore destro del cervello esisteva un voluminoso tumore coi caratteri del glioma.

Vi è da chiedersi, in questo caso, se l'abituale lussazione dovevasi alla violenza dell'accesso o piuttosto ad un'artropatia d'origine nervosa.

Lussazione del femore destro ridotta col metodo razionale; del dott. Cesare Stroppa. (*Rendiconto clinico della Sezione chirurgica nell'Ospedale di Codogno.* Codogno 1877).

Una contadina, d'anni 24, di debole costituzione fisica, mentre correva veniva colpita da un corpo pesante che la gettava a terra, e ben tosto visitata da persona dell'arte si riscontrava in essa la lussazione posteriore superiore od iliaca del femore destro e che veniva ridotta. Indi a quattro giorni entrava all'Ospitale di Codogno per completare la cura ed il dott. Stroppa rilevava che esisteva un notevole accorciamento dell'arto pelvico destro rotato all'indietro con adduzione o flessione leggera; alla cavità cotiloidea notavasi un notevole infossamento facendo la testa del femore sporgenza all'indietro. I movimenti erano aboliti e l'articolazione coxo-femorale dolorosa e gonfia. A produrre l'accorciamento dell'arto però contribuiva un callo deforme per frattura di quel femore riportata fino dell'infanzia.

Con tutta facilità si riesciva a ricondurre il capo del femore nella sua cavità, flettendo la coscia sul bacino e la gamba sopra la coscia, imprimendo a questa un movimento di rotazione all'infuori e riconducendo l'arto all'imbasso quindi all'indietro.

Dopo la riduzione esistendo sintomi di cotilite, probabilmente indotta dalla grande violenza e dalla estesa rottura dei legamenti, applicavansi sanguisughe alla regione ammalata, ma indi a due giorni la lussazione riproducevasi dietro movimenti involontarj e con eguale facilità veniva ricomposta; si poneva l'arto in semiflessione, e ve lo si manteneva durante un mese mediante un apparecchio cementato col silicato di potassa. Dopo l'accennato tempo la regione cotiloidea mostravasi conformata normalmente ed i movimenti dall'arto eseguivansi liberamente, per cui la paziente veniva dimessa quale guarita.

Trattamento del piede torto congenito; del prof. Saint-Germain. (*Gaz. Médicale*, 1878, N. 7).

In fatto di patologia e di terapia infantile, una questione che preoccupò sempre a buon dritto i pratici e sopratutto quelli ch'esercitano nei grossi centri, forzati a dar non solo il loro parere ma a far seguir tosto l'opera, si è quella del piede storto congenitale e della sua cura.

Non v'ha dubbio che Bouvier trattò questo tema con mano maestra, non v'ha dubbio che le lezioni di Giraldes son venute a completare le nostre cognizioni; ma studiando appunto questi lavori si conferma quanto sia complesso il trattamento del piede torto.

Il dottor Saint-Germain ha cercato il mezzo di semplificare tal cura e di ridurre al minimo il corredo meccanico necessario per raddrizzare il piede torto.

Egli ha ancor oggi insistito su questo soggetto nelle sue lezioni cliniche lette nell'Ospitale dei fanciulli, anche perchè simili semplificazioni tendono a mettere alla portata di tutti i pratici questo trattamento ortopedico e permette alle borse più modeste tanto nelle città che nelle campagne di sopperire alle spese dell'apparecchio.

Passiam sopra la eziologia e patologia del piede torto ancora contestate ne insisteremo sopra le lesioni sue anatomiche diremo solo con Thorens: « Se nella nascita esistono deformità ossee, dislogamenti delle superfici articolari, tali disordini andranno in seguito crescendo per lo sviluppo dello scheletro, a meno non si rimedj portando il piede alla sua forma naturale.

Da qui l'utilità di curare il piede torto congenito al più presto possibile, vale a dire appena dopo la nascita. É nel tempo stesso, non occorre dirlo, rispondere alla legittima esigenza dei parenti cui riesce dolorosissima la vista d'un loro fanciullo disgraziato per colpa della natura. »

Egli è certo che un piede torto congenito può essere trattato un anno, un anno e mezzo dopo la nascita, ma gli apparecchi che si dovranno impiegare saranno già più complicati.

Il dott. Saint-Germain, il quale per delle ragioni speciali, non operava il piede torto, che dopo l'ora detto lasso di tempo, ha rinunciato a questa sua pratica, massime dopo che impiegò l'apparecchio semplice che più avanti descriveremo.

Sia che i bambini abbiano alcuni giorni, un mese o due dalla nascita, il trattamento è lo stesso e si divide in due periodi: 1.° tenotomia; 2.° applicazione dell'apparecchio e manipolazione.

Noi non descriveremo la tenotomia, nè gli atti operativi di questa. La sezione del tendine d'Achille in generale basta. Non procede all'operazione senza aver pronto l'apparecchio, affine di eseguire senza intervalli la cura.

In qualche caso Saint-Germain ha creduto, poter fare a meno della tenotomia in certi neonati nei quali l'equinismo era facilmente riducibile, o il tendine d'Achille stirato in qualche parte. È riuscito con grande pazienza a guarire qualche ammalato con dei soli maneggi senza applicazione d'apparecchio. Ma i bambini tenotomizzati guariscono più prontamente. In altri fanciulli nei quali la faccia posteriore del calcagno tocca quasi la faccia omonima ed interna della gamba, la tenotomia è indispensabile. In questi casi facilmente persuadesi che le sole manipolazioni non arrivano a togliere l'equinismo.

La tenotomia essendo sottocutanea, un po' d'ovatta e di collodion sulla piaga fanno un'occlusione completissima ed è in questi momenti, che si deve applicare l'apparecchio. Desso consta di una placca in forma di suola; una ferula esterna, attaccata solidamente alla parte posteriore del margine esterno della suola e formante angolo retto con quest'ultima. Tale apparecchio è costrutto in legno duro od in bufalo.

La suola, di più o meno grande dimensione, secondo la lunghezza e larghezza del piede, non è limitata lateralmente con dei margini rettilinei; ma vi formano una linea spezzata o piuttosto un angolo di 170 gradi circa, aperti in fuori.

Questa suola è attraversata da due fessure o scanellature parallele situate da ciascun lato del sito ove deve appoggiare il tallone.

Sul margine laterale esterno di essa un po' all'innanzi dell'estremità posteriore è attaccata la ferula esterna, più o meno lunga secondo l'età del bambino e rimontate fino al polpaccio. È bene far in modo che al punto di riunione i due pezzi presentino una leggera concavità aperta in alto ed all'innanzi affinchè s'addattino più facilmente alle parti.

All'estremità superiore della ferula esistono due fessure parallele e verticali.

Il modo d'applicare quest'apparecchio è semplicissimo quanto la sua fabbricazione.

Due listerelle di cerotto sono attaccate lungo l'asse della gamba l'una sul perone l'altra sulla tibia. Si lasciano avanzare le loro estremità inferiori fino al disotto del tallone. Queste liste, lunghe da uno ad un centimetro e mezzo, sono tenute fisse per mezzo d'altre liste di cerotto disposte a spirale all'intorno della gamba. Si circonda il tallone, la gamba, il dorso e la pianta del piede d'uno strato d'ovatta destinato a proteggere le parti e questo strato protettore è mantenuto a posto con un bendaggio circolare, moderatamente serrato, che va dal dito grosso al ginocchio.

Si deve cercare di lasciar libere le due liste di cerotto situate lateralmente.

Prese queste disposizioni preliminari, le due liste di cerotto si fan passare dentro le due fessure della suola ed il tallone allora è esattamente applicato sulla stessa. Lo strato d'ovatta impedisce che la pressione possa far del male.

Le due liste di cerotto sono anch'esse attaccate solidamente sotto la suola, il di più si fa girare sul dorso del piede e servono così a mantenere la pianta del piede sulla suola.

Altre liste di cerotto compiono la coazione se v'è d'uopo.

Nel piede varo equino congenito, il piede o meglio l'avampiede, è spesso portato all'innanzi fortemente. La deviazione della suola all'infuori, è un artificio destinato a correggere questa deformità. In generale è bene saperlo, non v'ha bisogno di spiegar gran forza per ricondurre il piede all'infuori.

Rimane di metter a posto la ferula esterna o peroniera. Si fa passare una lista di cerotto nelle due fessure alla parte superiore, poi, riducendo la ferula in direzione verticale, la si fissa con altre liste che si fan girare attorno alla gamba.

Questa manovra è tanto più facile ad eseguirsi che la sezione del tendine d'Achille ha tolto la condizione del piede equino.

L'apparecchio è applicato. Un bendaggio circolare permette di fissarlo ancor più esattamente e solidamente.

Si deve lasciar in posto l'apparecchio per uno o due giorni. Il bambino deve esser sorvegliato notte e giorno nè si deve toccarlo che per praticarvi le manipolazioni.

In seguito si leva l'apparecchio, tutti i giorni per osservare il membro e impedire la formazione d'ecchimosi, escare, ecc.

Le manipolazioni costituiscono la parte più importante del trattamento. Per guarire un piede storto congenito dopo la tenotomia si potrà anche far senza dell'apparecchio, quando però si eseguiscano frequentemente, una due volte al giorno le manipolazioni da mani esperte. Desse consistono nel mettere il piede in flessione massima sulla gamba, poi nell'estensione completa e nel far eseguire tale ginnastica per qualche tempo. un minuto circa.

Questa manovra ha per mira di massare , per così dire, le ossa del tarso affine di favorire il loro sviluppo normale e di porre un ostacolo al riprodursi dell'equinismo mantenendo discosti i margini sezionati del tendine d'Achille e facilitando la produzione d' una cicatrice fibrosa assai lunga.

E qui il dott. Bide, che ci fa conoscere l'apparecchio, si permette una digressione. Il dott. Sain-Germain, dice egli, proscrive del tutto l'apparecchio ingessato nel trattamento del piede torto, e la ragione ne è semplice, questo apparecchio toglie la possibilità di fare le manipolazioni precedenti e fissa il piede ad angolo retto. Il tendine d'Achille, una volta riattaccatosi o meglio i suoi due monconi una volta riuniti da cicatrice fibrosa, il piede non può flettersi ad angolo acuto sulla gamba e spesso la retrazione della cicatrice riproduce fino ad un certo grado l'equinismo. Assicura di avere visto di soventi recidive del piede storto operate sia all'Ospitale di Sant'Eugenio, sia all'estero; è pur giusto il dire, in queste condizioni il piede torto è molto difficile a trattare. La tenotomia non dà che risultati incompleti, perchè fatta sul tessuto cicatriziale largamente sostituito in luogo del tendine d'Achille, e non su un tendine perfettamente sano e suscettibile di retrazione.

Indipendentemente dai movimenti di flessione ed estensione, si dovrebbe, con una manovra speciale, ricondurre l'avampiede nell'asse del postpiede, vale a dire che si dovrebbe togliere l'angolo aperto anteriormente formato dalle ossa del tarso e del metatarso. Durante questa manovra, s' avrà cura d' abbassare egualmente il margine interno del piede per modo di forzare la pianta a guardare in basso e non all' innanzi. Si arriverà all'istesso risultato innalzando il margine esterno del piede nel tempo stesso che si cercherà di abbassarne il bordo interno. Si farà ancora muovere il piede su un asse antero-posteriore.

Queste ultime manipolazioni, semplici per il medico, son difficili per i volgari. Madri coraggiose ed intelligenti le potranno fare, ma son poche certamente. Egli è per questo che le principali dovranno esser

fatte dagli stessi medici e quelle dei parenti non saranno che un complemento. Costringendo i parenti a venir all'ospitale tre volte alla settimana od ogni due giorni a far *manipolare* i piedi storti ai loro bimbi, il dott. Saint-Germain ha potuto in due o tre mesi, ridurre completamente queste varie deformità.

Nè si deve tosto cessare, quando la guarigione sia ottenuta, ma le manipolazioni saranno continuate dai parenti, e quando il bambino camminerà, dovrà portare degli stivalotti montati in ferro, quali contrafforti solidi.

In questo periodo soprattutto è bene sorvegliare gli operati e mantenere il piede in buona posizione, perchè durante l'incesso, il peso del corpo potrebbe distruggere i risultati ottenuti colla manipolazione.

Il suddescritto apparecchio per altro, ma col guajo di una semplicità minore, è affatto simile a quello che il prof. Angelo Scarenzio adopera da varj anni e che venne da lui fatto conoscere corredandolo di figure nel suo *Resoconto di medicina e chirurgia operativa per l'anno 1875-76* ove lo descrive nei seguenti termini:

« Preparata una ferula leggermente incavata, a suola retta o quasi e che sia proporzionata nel volume a quello dell'arto, la si imbottisce con ovatta in foglio e la si adagia colla superficie anteriore della suola di contro alla pianta del piede senza curarsi della deviaziono, ivi la si ferma mediante liste di cerotto che salgano oltre il metatarso staccandosi così il corpo della ferula ad angolo più o meno acuto della gamba al dissotto della quale va dolcemente portato, con questo movimento e coll'intermezzo della suola si fa leva sull'altro margine della pianta, la quale seguendo la suola non può a meno di riuscire nella linea mediana. Ottenuto ciò con liste di cerotto girate a cifra otto attorno al collo del piede e circolarmente alla gamba si ferma a questa la ferula. Tale apparecchio può essere lasciato in sito finchè sia allestita la opportuna macchina ortopedica ed ha il vantaggio di essere sempiice, di facilissima applicazione e di poco costo. » Si aggiunga ancora, che è facilmente amovibile, da permettere l'uso delle manipolazioni.

Amputazione spontanea per trombosi; del dott. JOHNEN. (*Rheinländ. Corr-Blatt.* 1877, n. 19 e *Centralblatt f d. med. Wissensch.*, 1877, n. 30).

Una donna di 88 anni, in conseguenza di trombosi dell'arteria femorale, fu colta da gangrena del piede e della gamba. Dopo sei mesi la gamba si distaccò spontaneamente, senza che sia stato necessario segare punto un osso.

Il metodo d'emostasia preventiva sul campo. Da esperienze eseguite nella clinica di Bardeleben; del dottor R. KÖHLER. (*Deutsche militär ärztl. Zeitschr.*, 1877, p. 371 e n. 46 del *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877).

L'Autore ne dimostra la necessità e la opportunità nelle varie circostanze della guerra. Dopo studj ed esperienze e prove di diversa sorta fatte nella clinica di Bardeleben, l'Autore è indotto a praticare ed a

consigliare il seguente metodo, come il più semplice e più sicuro. Dapprima per alquanti minuti la parte del corpo, che interessa il chirurgo viene tenuta rialzata; poi invece delle fascie di gomma si impiegano delle fascie di lino, strette e ben sode, che senza *renversès* vengono stirate con forza, come le fascie di gomma.

Si usa poi l'avvertenza di applicare tali fascie asciutte e di inumidirle poi lentamente dalla periferia al centro, il che costituisce le specialità del processo; con ciò le bende si accorciano considerevolmente e la loro forza compressiva viene notevolmente aumentata. A rinforzo della loro azione si può poi anche usare il *tourniquet*, però senza *pelotte*, invece del tubo elastico costrittore.

Tale metodo, qualora appieno corrisponda, riescirà certamente molto economico e praticabile dovunque.

Stritolamento delle cinque dita della mano destra. Enucleazione. — Decorso felice della ferita. — Ritenzione d'orina. — Ripetute emorragie nella vescica. — Morte per uremia. — Reperto anatomico notevole; del dott. Kuncar. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, n. 31).

Un uomo di 70 anni, fu accolto per la sopraddetta lesione; ed in seguito gli sopravvenne ritenzione d'orina, si sviluppò un grave catarro vescicale, ed il paziente soccombette sotto fenomeni di uremia o d'ammonioemia. All'autopsia si trovò sopra la prostata, appena un poco ingrossata e separatone per un augusto ponte mediano un fibroma sporgente con tutta la sua massa in vescica, grosso come un uovo gallinaceo, e che andava a finire nel tessuto cellulare fra la vescica ed il retto, la mucosa vescicale era di color grigio lavagna spoglio del suo epitelio specialmente sopra il tumore, cosparsa di piccole vene numerose dilatate.

Amputazione di coscia col processo sottoperiosteo; del dott. Francesco Parona (*Ann. univ. di med. e chir.* 1877, vol 241).

Ai nomi che abbiamo nell'ultima Rivista di chirurgia citati quali fautori di un simile processo di amputazione va associato anche quello del dott. Parona, il quale in varie circostanze ebbe con buon successo ad appigliarvisi (*Riv. di Med., Chir. e Terap.*, 1874, vol. I, e *Comm. di Med. e Chir.* Milano 1874, Fasc. II, pag. 127) e che testè ancora illustrava l'argomento col seguente caso:

Soggetto di questa osservazione si fu un individuo d'anni 30 e che da quattro portava un tumore bianco al ginocchio sinistro. L'arto stava nell'estensione, con edema al piede ed alla gamba; la circonferenza del ginocchio misurava 54 centimetri, salendo la tumefazione a quasi la metà della coscia quivi misurante in circonferenza 45 cent. mentre dal lato sano e nella corrispondente situazione non se ne rilevavano che 39 1/2. La pelle era lucida, tesa, con grosse vene serpeggianti alla superficie, di colore dove pagliarino, dove violaceo, dove rossiccio e crivellata da aperture, che facevano capo in seni fistolosi. La flessione era appena percettibile, i tessuti molli avevano una consistenza lardacea, in qual-

che punto fluttuante. Dalle dette aperture usciva un pus glutinoso e fetente. Non eravi complicazione alcuna e dopo avere colla buona dieta e coi tonici ristorato il generale dell'organismo si passava all'amputazione dell'arto.

A questo fine, premessa la fasciatura elastica e la cloroformizzazione, si fece un largo lembo anteriore e quadrilatero al terzo superiore della coscia ammalata, verso la base si approfondava il bistorì in guisa da tagliar fuori un lembo di periostio largo a sufficienza per coprire il segmento osseo, compiendosi poscia l'operazione senza inconveniente alcuno. Posto a letto l'operato si assicurava il moncone in un semicanale di filo di ferro e giusta il consiglio di Auzè de l'Alnoit si faceva una moderata compressione sui lembi per obbligare il periostio a restare adagiato all' osso. Sebbene nei primi giorni sembrasse che le cose volgessero in bene, presentavasi all'ottava giornata forte reazione, insorse adenite inguinale, indi coxalgia, dolore ed inturgidimento al fegato, pleurite essudativa destra, e l'operato moriva.

Alla autopsia oltre che traccie di antiche pleuriti sofferte, evidenti segni di tubercolosi polmonare, congestioni recenti ai visceri degli ipocondrii, trovossi una raccolta marciosa all'articolazione del cotile corrispondente al lato ammalato, non che suppurazione in alcune glandule mesenteriche. Al ginocchio sinistro esistevano le alterazioni anatomo-patologiche solite a trovarsi nei tumori bianchi, avendo in alcuni punti le parti molli articolari raggiunto lo spessore di 20 cent. Il processo neoplastico poi erasi diffuso ai capi articolari essendo il midollo alquanto molle e del colore della feccia di vino.

Ma più che queste cose interessava al dott. Parona di conoscere lo stato nel quale si trovava l' arto mutilato, e per riescirvi con maggiori dettagli vi injettava anzitutto una soluzione di cera e carmino nell'arteria femorale, notomizzando poscia strato per strato in modo da esaminare le vene sottocutanee i muscoli ed il fascio vascolo-nervoso femorale ogni cosa trovando nello stato normale. Levata quindi la massa muscolare fin presso alla estremità tondeggiante del moncone, conservando le sole arterie, segava longitudinalmente il femore dall'estremità cotiloidea verso il basso e nella uguale direzione tagliava i tessuti molli del moncone per cui lo potè aprire a guisa di un libro. Fu allora che vedeva come il canale midollare fosse obbliterato completamente da una specie di tappo consistente e coperto dal lembo periosteo, il quale in tutta la sua estensione aderiva tenacemente alla parte segata dell'osso, esistendo fra esso lembo ed i muscolo-cutanei un ascesso capace di contenere una grossa noce. Tale ascesso comunicava coll'esterno per un seno fistoloso avente l'apertura di uscita alla parte inferiore interna del moncone. Anche i lembi cutanei si trovarono saldamente e completamente uniti fra loro da costituire un moncone regolarmente tondeggiante. Nelle areole del canale midollare fu notata una sostanza giallastra e caseosa.

Ecco ora il risultato dell'esame microscopico eseguito dall'Autore e dal dott. Tizzoni. Fatta la decalcinazione dell'osso col metodo di Ebner, cioè con acido cloridrico e soluzione satura d'acqua salata, a poter meglio distinguere la cartilagine di esso, preparavano alcune sezioni microscopiche del moncone osseo colorate con carmino e porporino. In tali preparati si vedeva il midollo centrale dell'osso ridotto a semplice connettivo e privo affatto di cellule midollari, come succede nelle semplici irritazioni del midollo aventi esito favorevole. Il midollo verso il periostio vi si trovava in connessione per mezzo di tessuto di granulazione. L'osso era affetto da osteite e cogli spazj midollari allargati. L'inflammazione però non era molto forte, nè in via di progresso. Il contenuto negli spazj midollari era ridotto a semplice connettivo trovandosi in rapporto di continuità coi bottoni carnosi che provenivano dallo strato interno del periostio che vestiva l'osso, poi si osservava uno strato esterno di connettivo fibroso molto ispessito e sclerosato per cui pareva quasi una cartilagine, ed uno interno sostituito da connettivo giovane il quale sotto forma di bottoni carnosi si introduceva negli spazj midollari ed entro il canale centrale, unendosi al midollo dell'osso ridotto, come già dissimo, a connettivo. In alcuni punti dello strato interno del periostio, specialmente in quelli che corrispondevano agli strati corticali dell'osso amputato, si vedeva un processo d'ossificazione, per il quale si erano già formate alcune lamelle ossee contornate da osteoblasti e che cominciavano a formare il tappo osseo, destinato a chiudere l'osso al luogo amputato. In tutti i preparati si rilevò che l'ossificazione proveniva direttamente dal connettivo e senza l'intermezzo del tessuto cartilagineo. Sulle parti laterali dell'osso amputato si videro alcune lamelle ossee di provenienza periostale come quelle che si trovano nelle fratture in generale e che il dott. Tizzoni aveva già rimarcate nelle amputazioni sottoperiostee dei conigli. Anche questo tessuto osseo di recente formazione erasi costituito per osteoblasti e senza l'intermezzo del tessuto cartilagineo. Al di sopra del lembo periosteo il quale, come fu osservato era completamente aderente al punto di sezione del moncone osseo, si aveva la membrana piogenica dell'ascesso descritto, formato da sottile stroma e da cellule semoventi. In essa si osservarono molti vasi dilatati e varicosi pieni di micrococchi, d'onde l'Autore troverebbe molto probabile che l'individuo fosse morto per infezione di micrococchi penetrati nei vasi. Ma lasciando simile supposizione, che pel mancato esame microscopico di parti lontane dal centro di infezione non può qui essere sostenuta, ci piace piuttosto rilevare come nel caso suesposto: 1.° Non vi fossero segni visibili di osteomielite; 2.° Che non ostante l'ascesso formatosi a ridosso del periostio, questo aderisse prontamente all'osso od al midollo e formasse come una barriera per tenerli separati dall'ascesso ed in condizioni favorevolissime per la cura; 3.° Che dal periostio innestato sul moncone andava formandosi un tappo osseo che ostruiva il canale midollare e gli spazj

midollari, costituendo un potente ostacolo alla diffusione del male; 4.° Che l' ossificazione del lembo periosteo si operava per trasformazione diretta del connettivo in osteoblasti e non coll'intermezzo di tessuto cartilagineo come d'ordinario si osserva negli animali.

Accesso d' asma consecutivo ad una frattura dell' avambraccio; del dott. Vedrenne. (*Gaz. méd.* 1878, N. 6).

Quest' osservazione si riferisce ad un individuo, che dopo avere riportata una frattura complicata dell'avambraccio, era stato preso da un accesso d'asma di grande violenza.

Il relatore richiamava l'attenzione dei chirurghi su questi accidenti toracici che spesso egli stesso vide sorgere, senza ragione apparente, in seguito al traumatismo. Faceva però anche notare, che tali accidenti non si presentano che negli individui enfisematosi.

Disarticolazione della coscia colla galvano-caustica; del dott. Tillaux. (*Gaz méd.* 1878, N. 7).

Una donna entrava nell' Ospedale di Beaujon l' ottobre del 1876 per dolori vaghi alle gambe e specialmente alla sinistra. Nel gennajo 1877, discendendo da una scala, sentì come uno scroscio e si constatava l'esistenza d'una frattura al terzo superiore del femore sinistro. Il 26 marzo questa frattura pareva abbastanza consolidata tuttochè l'ammalata non potesse appoggiare il piede a terra. Il dieci aprile, il medico della sala, cercando d' imprimere dei movimenti al ginocchio, sentiva che la frattura s'era riprodotta e faceva tosto applicare un nuovo apparecchio. Il 2 giugno non aveasi alcuna traccia di riunione e nel sito della frattura sentivasi un piccolo tumore presentante battiti ed un rumore di soffio manifesto.

Si diagnosticava un osteo-sarcoma che erasi svolto dal centro dell' osso ed avea finito per produrre una frattura spontanea. Il tumore continuava ad aumentare di volume nel tempo istesso che l' ammalata perdeva di forze e dimagriva progressivamente L'Autore era in dubbio se far l'amputazione o la disarticolazione. Ora, la prima di queste operazioni non era quasi possibile, per la sede elevata del male; di più egli avea ragione di credere ad un'invasione della neoplasia al canal midollare fino all' estremità superiore. Perciò l' Autore si decideva in favore della disarticolazione, che fu praticata il 9 gennajo scorso.

La paziente però era oltremodo anemica, stremata di forze e si avea il massimo interesse a farci perdere minor copia di sangue possibile così il chirurgo credette miglior partito scegliere l'ansa galvanica, che riesce emostatico eccellente se s' adopera ben tesa. Nel luogo ove si fa ordinariamente passare il coltello, introduceva un lungo trequarti che servisse di conduttore al filo di platino. In forza del movimento di va e vieni, in due o tre minuti poteva arrivare sulla faccia anteriore del femore fin là dove voleva terminasse il suo lembo.

Allora avanti di togliere il filo, faceva la legatura in massa dei vasi e li sezionava.

L'arteria femorale però, che non era stata abbastanza stretta nel laccio, dava leggiera emorragia, che fu arrestata tosto con una pinzetta a torsione.

Il lembo anteriore si ripiegava sull'addome.

Prendendo allora il termo-cauterio e servendosi a guisa di bistori divideva la capsula, distaccava la testa del femore e finiva l'operazione.

Questa così fu tolta a bianco, salvo il momento in cui fu di visa l'arteria principale dell'arto, ed anche allora la perdita di sangue era stata lievissima.

Tutto sembrava andasse per il meglio, quando al nono giorno l'ammalato era preso da febbre a freddo e periva in 48 ore.

L'autopsia faceva vedere la presenza di un infarto nel polmone.

La cura impiegata fu la medicazione ad alcool. Disgraziatamente era rimasto nel sito della ferita occupata dal gran trocantere una cavità nella quale s'accumulava sempre del pus, e che forse era stata causa dell'infezione purulenta.

Una sola osservazione ci sia permesso di fare su questo modo di operare. Egli è certo che il termo-cauterio ed il filo galvanico, se usati a dovere, son due mezzi di dieresi quasi sicuri per premunirsi dall'emorragia. Ma conviene poi usarli nelle operazioni, che lasciano una vasta superficie cruentata come nelle disarticolazioni degli arti? Impedita per l'escara la unione per prima intenzione, avremo una larga piaga suppurante, la quale oltre tirar in lungo la guarigione, potrà esser sempre causa d'infezione.

Nel caso presente poi, se l'ammalato era tanto anemico ed abbattuto, come potevasi sperarne guarigione, con tanta e prolungata suppurazione anche se non fosse seguita l'infezione pioemica?

Non era meglio eseguire la disarticolazione col coltello e tentare la guarigione per prima intenzione anche a rischio di lasciar perdere all'operato un po' più di sangue?

1) **Le fratture complicate del 1875. 2) Le amputazioni, disarticolazioni e resezioni nel 1875**; del dott. Köhler. (*Charité*, anno II, 1877, p. 410 e 463, e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 39).

Nella clinica di Bardeleben da molti anni le fratture complicate e le ferite che rimangono dopo le resezioni solo trattate col metodo antisettico e colle fasciature ingessate fenestrate. Queste vengono eseguite in questo modo: si applica sopra la piaga o la ferita resa o fatta antisettica lo strato protettore, e sopra di questo un esile strato di Jute salicilata od alcune focaccie di Jute carbolica, in modo che i pezzi di fasciatura sorpassino i confini della piaga poco meno della larghezza della mano. Essi vengono assodati solamente con una fascia di flanella, che prima sia lasciata per alcuni mesi in una forte soluzione oleosa carbolica; e questa fascia serve nello stesso tempo quale sostegno per la totale fasciatura, cominciando dalle dita dei piedi o delle mani. Sopra di essa vien posta un'altra fascia di mussolina bianca soffice, non ingessata, nelle cui pieghe

viene trattenuta una sufficiente quantità di pappa ingessata, che si spande sopra la fasciatura. A ciò segue una lunghetta angusta, di morbida stoffa di mussolina bianca, la quale serve di sostegno ad una lamiera di ferro espressamente modellata e sovrapposta alla fasciatura. Se è possibile, si mette questa lamiera alla parte anteriore dell'arto; altrimenti la si applica possibilmente di contro alla finestra che deve intagliarsi nella fasciatura. La stecca viene di nuovo fissata con una fascia di mussolina bianca, e possibilmente con molta pappa di gesso. Appena che il gesso si è reso asciutto si incide la finestra sotto la nebbia fenica. I confini di questa finestra devono rimanere lontani dalla piaga 2-3 dita traverse. Si toglie la fasciatura provvisoria e si applanano gli intervalli fra la fasciatura ingessata e la benda fenicata con un mastice antisettico, fatto con acido fenico e gesso purgato. Finalmente si applica una nuova fasciatura antisettica, la quale copre anche la finestra fatta; ed il tutto viene assicurato intorno alla fasciatura ingessata con giri di fascie circolari. Le estremità ingessate vengono poste in un apparecchio sospeso.

Queste fasciature sono molto utili negl'individui affetti da delirium tremens, e l'Autore se ne ripromette rilevanti vantaggi anche nella chirurgia militare. È anche utile mettere la fasciatura gessata fenestrata quando occorrano abbondanti lavacri e lunghe medicature, durante le quali sarebbe altrimenti impossibile mantener immobili i capi fratturati. La applicazione sul campo di battaglia d'una tale fasciatura permette l'immediato trasporto del fratturato; si dovrebbe solo soprassedere a tale trasporto, quando insorgessero fenomeni infettivi.

Di 35 casi di fratture complicate trattati con tal mezzo, morirono 9, e cioè 5 per delirum tremens, 1 di tetano, 1 di emorragia, e 2 di piemia e setticemia. Si fa osservare per altro come l'apparecchio di uno di questi due si fosse reso settico.

Dei 20 amputati di cui dà conto l'Autore, 7 morirono, cioè il 35[100, e cioè 2 per collasso, uno per emorragia, 4 per pioemia e setticemia. Fra questi ultimi premurosamente notasi però come uno sia stato amputato, quando già era settico. L'infezione degli altri tre venne attribuita alla fasciatura insufficientemente antisettica e formata di Juta salicilica ed ovatta.

Dei 12 disarticolati 4 morirono, cioè il 33 e 1[3 0[0; e cioè uno per collasso, 1 per tetano, 1 per setticemia (che dicesi essere già stata in corso prima dell'operazione), uno per edema polmonare.

Nelle 15 resezioni ebbe 3 morti, cioè il 20[100; cioè uno per collasso, uno per risipola, ed uno per polmonite.

Le storie cliniche sono molto esatte e in buona parte assai interessanti.

Statistica delle grandi amputazioni; del dott. B. F. Gorman. (*Med. and surgical reports of the Boston City Hosp.*, II, 1877, p. 291, e n. 45 del *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877).

In più che 12 anni dal giugno 1864 alla fine del 1876 nel detto ospedale si fecero 299 amputazioni di rilievo, di cui 107, cioè il 35,78[100 morirono. Nulla è detto della cura consecutiva.

Un primo gruppo abbraccia le amputazioni traumatiche primarie in numero di 164, con 68 casi di morte; i casi traumatici che esigettero l'amputazione secondaria ammontarono a 50, con 21 casi di morte. Le amputazioni così dette patologiche furono 82, con 18 casi di morte.

Lezione sopra una forma speciale d'osteite suppurativa; di Duplay. (*Le Progrès Méd.* 5 gennaio 1878).

Il soggetto di una tale lezione fu un giovane d'anni 23 il quale aveva da molto tempo ammalata in modo circoscritto la diafisi della tibia sinistra. Il Duplay non potendo coll'esame per esclusione, attribuire il male nè a tubercolosi, nè a carie, nè a necrosi lo diagnosticava una varietà particolare d'osteite idiopatica della quale faceva le seguenti considerazioni.

Dal punto di vista anatomico questa osteite consiste nella formazione, in seno di un osso preso da osteite condensante o rarefacente di cavità riempite talora da pus, talora da fungosità.

Nel primo caso si può dire che si tratta d'un ascesso intra-osseo, nell'altro, d'una lesione che non ha ricevuto una denominazione speciale, ma che la si potrebbe chiamare fungosità lacunare.

Ecco in breve i caratteri clinici che possono servire al diagnostico di questa forma d'osteite. Si riscontra dapprima una gonfiezza dell'osso in un punto assai circoscritto. Tosto questa si accompagna d'un dolore variabilissimo nella sua intensità e ne' suoi caratteri, talvolta vivissimo ed esacerbandosi a periodi, sovente senza cause apprezzabili tal'altra è muto e rassomiglia più a senso di molestia o di malessere nel membro che ad un vero dolore. Ma in tutti i malati avvi ciò di speciale, d'essere cioè intermittente, di ricomparire e dissiparsi sovente senza cause manifeste. Del resto tale dolore si manifesta di preferenza allorchè il malato cammini e si stanchi qualche poco, per dissiparsi quando l'infermo sta in riposo. Cotesti accidenti possono persistere indefinitamente senza modificarsi qualora un trattamento speciale non vi metta termine.

Allorchè si riscontra un' osteite di tal natura, si deve sospettare che si tratti di un ascesso intra-osseo e di quella forma caratterizzata anatomicamente della presenza nello spessore dell'osso di cavità riempite di fungosità.

Sintomi analoghi potrebbero tuttavia mostrarsi, in certe varietà di osteiti condensanti non suppurative, accompagnate da vivi dolori e sui quali M. Gosselin ha ultimamente chiamata l' attenzione designandole sotto il nome d'osteiti a *forma nevralgica*.

Si potrà però sulle prime esitare nel diagnostico, ma l'osteite c. densante a forma nevralgica, senza ascesso, senza fungosità, si osser sopratutto dietro traumatismi e non è accompagnata da suppurazione. Pei l'opposto l'osteite con ascessi intra-ossei o con spazii lacunari riempiti di fungosità, non tardono a dar luogo a degli ascessi che si aprono spontaneamente all'esterno o che sono incisi dal chirurgo. Da questo punto il diagnostico può essere stabilito in modo deciso. Il pus può venire dall'osso e dal periostio. Questi ascessi sopra periostei s'accompagnano ad un gonfiamento limitato dell'osso sotto giacente, hanno un'importanza clinica grandissima, indicando quasi sempre la presenza d'un ascesso intra-osseo od almeno un'alterazione limitata dell'osso sottogiacente, consistente in cavità più o meno irregolari racchiudente delle fungosità.

La suppurazione che accompagna questa forma d'osteite può venire dall'osso stesso e non dalla superficie del periostio. Su questo caso l'apertura esterna comunica con la cavità dell'ascesso o colle cavità riempite di fungosità scolpite nello spessore dell'osso, lo specillo introdotto nelle fistole penetra nella sostanza ossea ma in luogo di dare la sensazione propria alla carie od alla necrosi percorre il tragitto di forma ed estensione variabile senza sentire la friabilità della carie nè trovare il più piccolo sequestro.

Questa forma d'osteite può eziandio riscontrarsi in vicinanza delle epifisi come conseguenza dell'osteite epifisaria.

La malattia è relativamente benigna ma in questo senso, che essa non comproemtte mai l'esistenza e che non altera in alcun modo la salute generale, ma essa costituisce una malattia assai molesta, e che può durare molti anni senza tendere alla guarigione. È in tal guisa che gli ascessi possono restare imprigionati nello spessore dell'osso per più anni ciò dipende dallo spessore più o meno considerevole del tessuto osseo che li separa delle parti esterne. Non è che quando un lavoro inflammatorio più attivo si sviluppa nelle lamine superficiali dell'osso e le rammollisce in un punto più o meno circoscritto, che l'ascesso può aprirsi all'esterno. Rimane allora aperto per un tempo più o meno lungo qualche volta per sempre, ma la fistola può chiudersi per riaprirsi di nuovo, a meno che altre aperture non si formino in vicinanza. In ogni caso è raro che la guarigione spontanea si faccia la cavità esige per chiudersi l'intervento chirurgico. Il trattamento generale non ha influenza alcuna sulla guarigione di questa affezione, ciò che tende a provare una volta di più che la patogenia deve essere piuttosto in uno stato di sovrattività di lavoro fisiologico normale, formatore dell'osso, che in uno stato diatesico particolare del malato. Tuttavia siccome il diagnostico esatto non si può fare al principio del male, prima della comparsa della marcia, si comincerà a prescrivere il riposo, le frizioni risolutive con l'unguento napoletano, o dei rivulsivi come i vescicanti, l'applicazione delle punte di fuoco nel luogo del male. Questa medicazione però giova momentaneamente al solo malato, bentosto gli stessi accidenti non tardano

a ricomparire ed è soltanto quando l'affezione dura da lungo tempo, e quando le si è tenuto dietro attentamente che si può sospettare l'esistenza di questa forma d'osteite con ascesso o cavità fungose.

Una volta ben accertata la diagnosi, non resta che l'intervento chirurgico diretto, che sia capace di guarire il malato, e questo trattamento consiste nella trapanazione dell'osso e lo svuotamento delle cavità che racchiude.

1) **L'ossificazione e il riassorbimento nell'osso crescente e nell'osso infiammato.** (*Arch. di Lang.*, XXI, p. 150).

2) **Del significato dei processi che si verificano nell'infiammazione dell'osso**; del dott. F. Busch. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, VIII, p. 293, e *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 42).

1) Dopo avere esposto esattamente le varie opinioni sull'ossificazione in condizioni fisiologiche e patologiche l'Autore, descrive i fenomeni infiammatorii che si manifestano dietro la cauterizzazione del cavo midollare colla galvano-caustica.

Già verso la fine della prima settimana, mentre il grande gonfiore infiammatorio regredisce, si trova accanto alla dilatazione ed all'ingrossamento dei vasi del periostio un anello stretto di sostanza ossea neoformata, retiforme, fra le vecchie ossa e la superficie interna del periostio, la quale si presenta ricchissima di nuclei. In quest'anello fino dalla terza settimana si mostrano delle isole cartilaginee; delle ramificazioni ossee penetrano nel periostio e questo manda dei prolungamenti, ricchi di vasi, di tessuto connettivo fino al vecchio osso. Fra l'ottava e la decima settimane le masse neoformate hanno un diametro di 1 a 1 1/2 centimetri, sono ispessite od a maglie larghe, coperte da cellule; e la superficie esterna dello strato formato da queste cellule, che dapprima è ruvida e porosa, diventa liscia.

È facile scorgere che le parti molli circonvicine partecipano all'ingrossamento del periostio; ma la formazione d'osso non si estende ad esse, come già è detto nel lavoro precedentemente esaminato di Maas, ma è soltanto il prodotto della superficie interna del periostio, e ciò è anchè provato: 1) che i nervi e vasi confinanti non vengono rinchiusi dalla formazione d'osso, ma ne vengono solo spostati e rimossi; 2) dal fatto, che l'aumento della tibia si mostra più intenso dove ci sono meno parti molli; 3) dal ristabilimento della funzione dei muscoli vicini nell'ulteriore decorso.

Accanto all'ossificazione che ha luogo alla superficie esterna, ne ha luogo una analoga nel cavo midollare, dalla superficie interna della corteccia ossea, e ciò contrariamente quanto ha affermato Maas. Qui però mancano le isole cartilaginee e la proliferazione del tessuto connettivo.

Secondo Busch il periostio ed il midollo dell'osso adulto, quando hanno normalmente cessato di essere organi ossificatori, possono riacquistare tale facoltà, quando l'irritazione infiammatoria porta la proliferazione degli osteoblasti contenuti nelle areole del midollo e nei canali di Havers.

Assieme alla neoformazione ossea succede il riassorbimento del tessuto osseo nella vecchia corteccia; sia sotto la forma dell'erosione lacunare e coll'ajuto degli osteoclasti, come quando si tratta di sciogliere un sequestro, sia sotto la forma di riassorbimento liscio, che spesso succede nell'osso inflammato.

2) L'Autore parla dei cambiamenti che avvengono nell'apposizione e nel riassorbimento dell'osso, afferma che soltanto lo strato interno del periostio è osteogeno, e che solo esso, non già i globuli sanguigni immigrati, dà luogo a deposizione d'osso e difende la capacità ossificante anche del midollo osseo.

Spiega le esperienze per questo riguardo divergenti di Maas, perchè col metodo di operare di quest'ultimo, si ammucchiavano nel cavo midollare i prodotti infiammatorii, i quali facevano ostacolo alla formazione d'osso. Dichiara che anche nel midollo i tessuti proprii dell' osso sono quelli che danno luogo alla neo-ossificazione, senza che a ciò prendano parte i leuciti.

I nervi non esercitano alcuna influenza sull' infiammazione, nemmeno per fenomeni vaso-motorii, i quali si potrebbe forse supporre che prendano parte al copioso afflusso di sangue ed alla formazione dell' edema infiammatorio. Sono dunque invece le cellule stesse del tessuto, che risentono l' irritazione della cauterizzazione.

Esperienze nei cadaveri sulla lacerazione dei legamenti dell'articolazione tibio-astragalica con rigua do alla produzione di fratture indirette dei malleoli; del dott. Hönigschmied. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* VIII, p. 239, e n. 48 del *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877).

Effetti dell' iperflessione plantare violenta. In 14 casi si lacerarono prima il legamento deltoide ed il talo-fibulare anteriore. Aumentando ancora la flessione si stracciava anche il legamento calcaneo-fibulare ed il talo-fibulare posteriore. Cinque altri casi di flessione in individui vecchi condussero tre volte alla rottura d' ambo i malleoli, due volte solo alla rottura dell'esterno.

Effetti dell'iperflessione dorsale violenta. Su 21 esperimenti 17 volte ci fu frattura del malleolo interno ad egual altezza del piano dell'articolazione tibiale, 2 volte lacerazione del legamento deltoide, e due volte rottura del legamento tali-calcaneo. Soltanto per due volte ebbe luogo una frattura del malleolo esterno ad una punta, e distacco dell'apparato legamentoso di essa; non avvenne mai la lussazione del piede in avanti od all'indietro. Il malleolo interno si ruppe abbastanza regolarmente, perchè il suo orlo anteriore è ben fissato dalla puleggia dell' astragalo.

Effetti della flessione tibiale (supinazione). Sono, ora una lacerazione dei legamenti, ora la rottura del malleolo esterno; e cioè in 18 casi 5 volte s'ebbe rotto il malleolo esterno, 12 volte i suoi legamenti vennero distaccati dalla loro inserzione. Tre volte il legamento-calcaneo-fibulare era da una parte separato dall' astragalo e dal legamento che sta fra l'astragalo e il calcagno, e fra quello e l'osso navicolare; di modo che

l'articolazione talo-calcaneo-navicolare era disunita mentre l'astragalo era rimasto in solida unione colla tibia. Nei cadaveri di fanciulli si poteva inoltre osservare una frattura nella linea inferiore tibio-epifisica. Maisonneuve ha constatato giustamente che la rottura del malleolo avvenuta in tal modo può essere spiegata solo per trazione che subiscono i legamenti esterni, non già per la pressione che l'astragalo esercita sul malleolo.

Effetto della flessione fibulare violenta (*pronazione*). Essendo integro il legamento laterale interno ed il malleolo stesso, la tibia con questa flessione non si lascia mai piegare tanto in fuori che il malleolo esterno possa appoggiarsi sul calcagno e rompersi. Invece talora si lacera l'apparecchio legamentoso fra l'osso navicolare, i cuneiformi, il calcagno, ed il cuboide. In 8 su 24 esperimenti il legamento laterale interno si mostrò staccato, in 7 il malleolo interno fu fratturato ad eguale altezza dell'articolazione, con o senza contemporanea lacerazione dei legamenti.

Effetto delle torsioni violente del piede all'indietro (*20 esperienze*). Per nove volte tutti i legamenti fra il calcagno, il cuboide e l'astragalo si mostrarono distaccati; 4 volte ebbe luogo il distacco del legamento talo-fibulare-anteriore; 6 volte erano lacerati tanto i legamenti dell'articolazione di Chopart, come pure il legamento talo-fibulare, una volta anche il legamento calcaneo-fibulare dell'osso del calcagno. Inoltre si trovò una volta la tibia, e un'altra volta la fibula, piegata a spirale nel 3º inferiore. In un esperimento si ruppe solo il malleolo esterno e successe contemporaneamente anche una frattura per torsione della tibia; casi questi che nel vivente per l'attacco di grandi forze potrebbero pure luogo più di frequente.

Effetto della violenta torsione in fuori (*22 esperimenti*). Due volte si lacerarono i legamenti che s'inseriscono al malleolo esterno, ai quali per di più restavano aderenti dei pezzettini ossei del malleolo stesso; per 12 volte si ebbe una rottura all'estremità inferiore del perone senza diastasi della tibia. La direzione della frattura era spirale, rivolta indietro; ed in alto stava ora a livello del piano dell'articolazione della tibia ora alla parte inferiore posteriore del malleolo. Talora venivano contemporaneamente lacerati i legamenti laterali interni. Otto volte avvenne diastasi della tibia con contemporanea lacerazione del legamento talo-fibulare antico, con lacerazione del legamento interosseo della tibia e con rottura del legamento deltoide. Sei volte il perone era rotto o all'estremità inferiore e al 3º superiore; una volta era rotta anche la tibia. Le linee della rottura rappresentavano quelle della torsione, che dall'avanti, dal basso, e dall'indentro salgono in alto ed infuori e di nuovo poi si voltano indietro e all'indentro. In ogni caso adunque la causa più frequente delle fratture della fibula e delle diastasi della tibia è una violenta torsione all'infuori.

Della cucitura dei tendini; di TAFF D. T. ROCHAS. 1877.

Questo lavoro fatto sotto le inspirazioni di Mollier è assai ben riescito in tutte le sue parti. Nel primo capitolo Rochas fa una storia dettagliata della cucitura de'tendini, nel secondo capitolo parla dell'indicazioni e contro-indicazioni della tenorafia, nel capitolo terzo tratta dei differenti metodi operativi, nel quarto dei modi di cicatrizzazione dei tendini, nel quinto della patologia generale, cioè dell'influenza delle malattie intercorrenti o degli stati morbosi costituzionali sull' andamento della cicatrizzazione dei tendini dopo la loro cucitura, e nel sesto ed ultimo capitolo l'Autore parla degli accidenti immediati o consecutivi della tenorafia. Gli argomenti più importanti della sua tesi, Rochas li ha illustrati con casi clinici editi ed inediti ed il lavoro è riassunto nel modo seguente:

1° I tendini sono suscettibili di riunirsi per prima intenzione. La cucitura coadjuvata dalla posizione e dal bendaggio è il miglior mezzo che si possegga per ottenere il risultato;

2° La tenorafia è indicata ne' casi di divisione o lacerazione completa d'un tendine sopratutto se il capo superiore è fortemente retratto;

3° L'antica data della lesione, od una infiammazione moderata a livello della ferita, nei casi di divisione recente, non devono essere riguardate come controindicazioni;

4° Non occorre preoccuparsi molto dello stato delle superfici di sezione. Nei casi in cui in esse fosse esordita l'esfogliazione o fossero troppo fortemente contuse, converrà resecarle, ma il meno possibile per non dar luogo ad un accorciamento troppo grande del tendine.

Se si trattasse di un accorciamento troppo considerevole converrebbe secondo i casi ricorrere sia al processo di M. B. Anger (cucitura a distanza), sia alla cucitura per anastomosi, sia a quello di M. D. Molliere (vagino-plastica tendinosa);

5° La tenorafia si pratica ugualmente bene sui tendini circondati da una sinoviale come su quelli che ne sono completamente privi;

6° Il chirurgo dovrà portare a contatto i due capi tendinosi, sia con sbrigliamenti moderati, sia per mezzo di trazioni coll' ajuto di lunghe pinzette, sia colla compressione del muscolo al quale appartiene il tendine retratto, sia colle pressioni fatte dall'alto in basso sul muscolo col palmo della mano (M. Le Fort), sia colla eterizzazione;

7° Dopo fatta l'ischiemia, col metodo di Esmarck modificato da M. D. Molliere, si riuniranno le due estremità cruentate del tendine, col mezzo di un filo metallico d'argento, del quale poi se ne toglierà un capo rasente al nodo e l'altro si lascierà sporgere dalla ferita. Si riunirà la soluzione di continuità dei tegumenti, avendo l'avvertenza di non mettere i due margini in un contatto immediato. Devesi impedirne l'allontanamento piuttosto che tentare la loro riunione perfetta ed impiegare il bendaggio ovatato al silicato;

8° Nei casi di divisione antica, si farà una incisione alla pelle per-

rintracciare le estremità tendinee, svincolarle dalle fatte aderenze ed ultimare l'operazione come nei casi di divisione recente. Secondo le circostanze si potrà approffittare come Chassaignac dell'aderenza d'uno dei capi colla cicatrice cutanea ed adoperare questa cicatrice per ristabilire la continuità del tendine;

9° Il modo di cicatrizzazione dei tendini deve spiegarsi secondo la teoria del prof. Robin;

10° I tendini offrono una più grande resistenza degli altri tessuti all'influenza delle malattie generali. Se nel decorso di un' affezione acuta, d'una febbre eruttiva, il processo di riparazione si arrestasse, la cucitura non sarà meno utile mantenendo le estremità in contatto. I fenomeni di cicatrizzazione riprenderanno il loro andamento normale tosto che l'affezione che l'aveva interrotta, sarà in via di guarigione;

11° I fili di cucitura non producono per loro stessi dei sintomi inflammatorii apprezzabili. I fenomeni di flemmasia interna che si osservano in certi casi, non dipendono dell'applicazione dei punti di cucitura. Si potrà diminuirli od anche eliminarli completamente non riunendo in modo completo le labbra della ferita esterna;

12° L'esfogliazione di un tendine cucito è un accidente da temere se lo si lascia a nudo.

Le aderenze con la cicatrice cutanea si producono quasi costantemente ma non sempre. Talvolta assai circoscritte e come ombellicate imbarazzano assai poco i movimenti e sono facilmente sopportate.

Dell effetto delle iniezioni parenchimatose di acido acetico glaciale nel carcinoma e sue recidive; del dott. Gies. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, VIII, p. 279 e n. 43 del *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1877).

In relazione a quanto dice Tiersch, l'Autore esperiva questo processo in un signore di 62 anni, al quale avea fatto una dopo l'altra delle esportazioni di cancro alle labbra, alla mascella inferiore e alla lingua, facendo delle iniezioni parenchimatose di acido acetico glaciale (1 : 9 e 1 : 3) quando più tardi si manifestarono delle recidive, ed i tumori cancerosi erano della grossezza di un uovo di gallina e più alla mascella inferiore, dietro l'orecchio e alla glandola sotto-mascellare. Egli applicava il liquido in maniera, che in vicinanza dei luoghi, dove avea avuto luogo la secrezione, si stabiliva ogni volta una trasformazione icorosa, e quindi una distruzione circoscritta dei tumori. Ottenne lo stesso effetto in un cancro midollare di una mammella grosso come una mela.

Crede quindi l'Autore di dover raccomandare tali iniezioni, le quali producono la liquefazione delle parti ammalate, specialmente in individui molto sfiniti e non capaci di sostenere atti operativi.

Sul modo d'agire degli anestetici; dei dottori Ranke e Binz. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, n. 34, 1877).

Già da 10 anni Ranke in seguito ad esperienze praticate col cloroformio, coll'etere e coll'amilene avea dimostrato, che mediante un' azione molto lunga dei vapori di queste tre sostanze sulle rane durante la nar-

così si produce dapprima uno stato in cui non si ottiene più alcuna contrazione sotto gli stimoli meccanici, chimici od elettrici dei nervi precisamente come dopo averle paralizzate col curaro, e che in questo stadio la corrente nervosa costante persiste normale di forza e direzione. Avea inoltre dimostrato che in uno stadio ulteriore il muscolo non reagisce alle più forti correnti d'induzione, mentre conserva ancora normale la sua potenza elettro-motoria, e che finalmente nell'ultimo stadio la potenza di tutta la muscolatura passa alla rigidità. La serie di questi fatti si può studiare benissimo coll'etere solforico. L'Autore ha anche dimostrato che i tre suddetti anestetici coagulano una soluzione di miosina allestita con una soluzione di sale di cucina, e coagulano anche la soluzione dell'albumina del cervello; ed avea anche esposto che la rigidità muscolare che inducono dipende dalla coagulazione della miosina ottenuta per l'effetto delle dette sostanze.

In base a queste esperienze egli avea esposto che « l'analogia sor- « prendente fra l'azione dell'etere, del cloroformio e dell'amilene sul « nervo e sul muscolo, come sull'albumina di questi giustifica la pre- « sunzione che a tale effetto debbasi ricorrere per comprendere il loro « influsso sull'organismo. Questo influsso, che fornisce come risultato « la paralisi dei nervi e dei muscoli e la rigidità finale si possono com- « pletamente intendere appena pensando alla preceduta azione aneste- « tizzante. »

Ora C. Binz riassume il risultato della sua interessante comunicazione. « Sul modo d'agire dei narcotici » (1), colle parole seguenti: « I narcotici possiedono il potere di produrre una specie di stato di « coagulazione della sostanza corticale del cervello, mentre varii altri « corpi non ipnotici esperiti non hanno tale azione. » Lo stesso Binz avvanzò poi come ipotesi questa proposizione. « La morfina, il cloralio, « l'etere, il cloroformio possiedono grande affinità per la sostanza cor- « ticale del cervello dell'uomo. Il cervello dell'uomo trattiene per un lungo « tempo gli ipnotici addottigli dal sangue; e per i cangiamenti perciò « risultanti nella trasformazione della sua sostanza (abbassamento della « dislocazione della materia vivente nel senso di Pflüger) esso è reso « incapace di esercitare le funzioni proprie del suo stato di veglia » (2).

Ora fra la nuova ipotesi di Binz e le idee già espresse 10 anni fa da Ranke corre grande analogia. Ma è però del tutto nuova la asserzione di Binz che, non solo il cloroformio, l'etere ed il cloralidrato, ma anche la morfina agisca sui ganglii della corteccia cerebrale in un modo « che ricorda il caso della coagulazione. » Essa confermerebbe esistere una notevolissima concordanza nell'azione delle sostanze narcotiche più importanti.

(1) *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmacol.*, VI, p. 310.

(2) « Studj sull'azione del cloroformio, etere ed amilene. » *Centr. f. d. med. Wissensch.*, 1867, n. 14.

Ranke non potè però mai persuadersi della giustezza della deposizione di Binz in riguardo alla morfina, quantunque abbia più volte ed esattamente ripetuto le esperienze di questi. Ed anche il prof. Kollmann di Monaco, peritissimo nell'uso del microscopio, non potè constatare una differenza nel modo di presentarsi al microscopio delle cellule gangliari dei preparati da lui allestiti e trattati cogli opportuni reagenti.

Ranke fece poi delle osservazioni sull'azione dei differenti anestetici sull'albumina muscolare, le quali confermano le precedenti di Binz. Già da molti anni il nostro Autore s'era fatto la domanda se il cloralidrato agisca molleoolarmente di per sè oppure per lo svolgimento del cloroformio; e per rispondersi, avea iniettato nell'arteria femorale di conigli la soluzione di cloralidrato (1). Com'è noto, bastano quantità molto piccole di cloroformio portato nell'albero arterioso, per provocare la rigidità dei muscoli irrorati dal sangue dell'arteria iniettata. Ora dopo l'iniezione di una soluzione di cloralidrato in un'arteria femorale, nei muscoli nudriti da questa ebbe luogo una squisita rigidità, precisamente come dopo l'iniezione di cloroformio. Però già nello scritto sopra citato aveva notato che dal fatto sopra esposto non si può inferire che dal cloralidrato si svolga il cloroformio, potendo la stessa sostanza avere una eguale azione. Quest'ultima supposizione lo spinse anzi ad esaminare il modo di diportarsi in questo rapporto degli altri anestetici. E fece infatti un gran numero di esperienze sui conigli e sulle rane, iniettando in queste il liquido nell'aorta, nei primi in un'arteria femorale. Il risultato ne fu, che anche l'etere, l'amilene, il bromoformio e il bromolidrato hanno la proprietà di produrre la rigidità muscolare negli animali viventi, quando sieno portati nella corrente arteriosa. Il bromoformio, il bromolidrato, il cloroformio ed il cloraridrato la producono rapidamente; l'etere solforico e l'amilene richiedono maggior quantità di liquido iniettato, e la rigidità non ha luogo subito, ma solo dopo pochi minuti fino a 15'. Con tutti i detti mezzi poi si osservano forti convulsioni fibrillari, che precedono lo sviluppo della rigidità.

L'Autore eseguì anche delle controprove, per stabilire che l'eguale effetto non appartenesse ad altre sostanze ed anche queste furono eseguite nel modo descritto, ancora nei conigli e nelle rane. Adoparava l'acqua distillata che produsse convulsioni fibrillari, ma punto rigidità; soluzione di tannino, di solfato di rame, di sublimato, di solfato di ferro, di alcool rettificato, di acido acetico triclorico e non ebbe mai neanche un cenno di rigidità, sebbene quasi sempre la morte fosse preceduta da contrazioni fibrillari. Solamente col solfato di rame osservò l'Autore che i muscoli erano diventati duri; ma potè riconoscere dal color verde degli stessi che verosimilmente il solfato vi era penetrato.

Dunque in realtà un'azione sulle fibre muscolari appartiene agli anestetici, azione che l'Autore riguarda come specifica. Anche l'alcool non

(1) *Aerztl. Intelligenz-blatt.*, XXIII, n. 30.

provoca la rigidità muscolare, ma solo dà luogo, al pari dell'acido tannico e dei sali metallici, ad una grande coagulazione del sangue.

Il fatto che l'acido acetico triclorico sviluppa, specialmente nelle soluzioni alcaline, del cloroformio e che iniettato nel sangue non cagiona la rigidità, fa ritenere che questa, conseguente all'iniezione di cloralidrato, dipenda da un'azione molecolare di esso, anzichè dallo svolgimento di cloroformio che ha luogo. Si noti poi che Frl. Tomasewicz nel laboratorio di Hermann a Zurigo provò che l'acido acetico triclorico non possiede alcuna proprietà anestetica. Tale fatto, associato all'altro, che questo acido non produce punto rigidità, ha perciò un grande significato.

Le proprietà anestetiche del jodoformio non sono finora conosciute. Esso si scioglie solo in grande quantità nell'etere; ma l'essere tale soluzione dotata di virtù anestetica non prova che sia desso un anestetico pure dotato di tale virtù. È affermato che i tagli fatti durante l'azione del iodoformio sieno meno dolorosi di quelli fatti altrimenti. Il fatto però che una soluzione eterea di jodoformio produce una istantanea rigidità, mentre l'etere non la cagiona che dopo alquanti minuti, ci fa supporre che tale proprietà gli appartenga realmente. La rigidità inoltre è anche più intensa di quella provocata dall'etere. Le future esperienze decideranno.

L'Autore non prese ad esaminare il jodalidrato, di cui discorse Rabuteau (1), per la sola ragione che esso non è ancora stato da alcuno preparato; e perciò il corpo studiato da Rabuteau non poteva certamente essere jodalidrato.

L'Autore ad oppugnare l'opinione di Binz, che cioè la soluzione di morfina agisca sulle particelle microscopiche del cervello in un modo, « che ricorda una specie di coagulazione » iniettò nell'aorta di rane fino a 4 c. c. di soluzione acquosa di muriato di morfina. Sorsero violente convulsioni fibrillari, poi crampo riflesso col toccamento dell'animale, ma non già rigidità. Che poi la morfina non dia alcuna coagulazione dell'albumina sciolta del cervello lo insegna anche il seguente esperimento: il cervello d'un coniglio, appena ucciso per dissanguamento, venne triturato con una soluzione di sale da cucina impiegando della sabbia di quarzo; la emulsione ottenuta fu filtrata due volte, finchè s'ottenne una soluzione chiara d'albumina, che avea una leggiera tinta gialliccia. Con questa soluzione l'Autore riempì due vetri d'orologio, in uno dei quali mise 2 c. c. di una soluzione satura di solfato di morfina in acqua distillata; filtrata e intieramente chiara. Ambedue i vetri furono posti in una specie di camera umida, cioè in un truogolo di vetro, sul cui fondo si trovava della carta da filtro alquanto umida. Il truogolo fu chiuso ermeticamente per quanto fu possibile con un coperchio di vetro a smeriglio. Orbene ambedue le soluzioni di albumina restarono più giorni perfettamente chiare; poscia contemporaneamente si intorbidarono egual-

(1) *Gaz. hebdom.*, 1876, p. 681.

mente per il processo di putrefazione. Per cui certamente la morfina non agisce sulle cellule gangliari producendovi come « una specie di coagulazione. »

Ora che cosa poi significa la rigidità muscolare che si presenta dopo l'iniezione nelle arterie degli anestetici? E l'anestesia dipende da una coagulazione? E da che deve dipendere la rigidità muscolare, mentre nella narcosi si tratta del cervello?

Naturalmente l'anestesia non può derivare da una specie di coagulazione, che non permetterebbe più alcun atto vitale, ma deve dipendere da un azione che precede la coagulazione e che è capace di risolversi ancora. Si può ben immaginare che un'azione, la quale produca come risultato finale una coagulazione dell'albumina, negli stadj più precoci colleghi e fissi le molecole d'albumina nelle cellule gangliari del cervello ed ulteriormente nel nervo e nel muscolo in una certa misura ed in modo da renderle immobili, azione poi che coll'allontanarsi della causa che la produce, scompare anch'essa. Lo sbalordimento, l'ineccitabilità dei nervi motori e dei muscoli, la rigidità muscolare, che costituiscono l'ordine consecutivo dei fenomeni provocati dagli anestetici, troverebbero la loro spiegazione in un' azione crescente sulle molecole albuminose dei gangli cerebrali, dei nervi e delle fibre muscolari. La rigidità muscolare sarebbe perciò l'ultimo anello di una lunga catena di effetti collegati (1).

Sulla cura del tetano; del dott. De Renzi.

L'Autore seguendo i precetti di Marshall-Hall, raccomanda il riposo assoluto, e l'allontanamento di tutte le impressioni che agiscono sui sensi. Quindi consiglia la stanza isolata, oscura, tappeti grossi sul pavimento, turamento degli orecchi con cera, somministrazione di cibo a lunghi intervalli. Dice aver con questo metodo ottenuto maggiori vantaggi che coi più commendati farmaci. E queste raccomandazioni sono ottime e da seguire anche da chi non volesse trascurare l'azione dei farmaci.

Osservazioni relative alle esperienze di Bert sulla malattia carbonchiosa; del dott. Davaine. (*Compt. rend.*, LXXXIV, n. 23, e *Cbl. f. d. med. Wissensch.* 1877, n. 39).

Bert crede d'aver provato che il contagio dell'infezione carbonchiosa sia disciolto nel sangue e non stia in alcuna relazione coi batteridii, che Davaine considera invece come caratteristici di questa affezione e come gli agenti produttori della stessa (2).

(1) Si confronti L. Hermann. *Centr. f. d. med. Wiss.*, 1866, p. 390.

(2) Non sarà fuor di luogo avvertire che Pasteur ammette tale opinione di Davaine, ed aggiunge che il carbonchio uccide, perchè i batteridii assorbono tutto l'ossigeno del sangue. Ora se la credenza di Pasteur è appoggiata sulla realtà, non si potrebbe trovare nel carbonchio l'indicazione della trasfusione totale del sangue? (*Il Rel.*).

Ora Davaine crede che nelle esperienze di Bert non si possa dire con sicurezza se gli animali sieno morti per infezione splenica o non piuttosto per setticemia. Secondo quell'Autore la velenosità del sangue putrido non sta in alcuna relazione diretta coll'intensità della putrefazione.

Trovò poi che immettendo sotto la pelle di un animale un coagulo tolto da altro animale carbonchioso e tenuto per qualche tempo a contatto con alcool, l'animale non moriva, mentre soccombeva, se il coagulo così ottenuto era tolto da un animale setticemico (1).

L'Autore provava anche che 1[1,000,000 di goccia di sangue carbonchioso basta ad uccidere un animale, cui la si metta sotto la pelle, mentre l'animale non soccombe anche con 1[1,000 di goccia di sangue carbonchioso, quando questo sia stato per qualche tempo a contatto coll'alcool (2).

Combatte anche alcune vedute espresse da Bouley sopra certe forme di infezione splenica; e ritiene che i tumori sottocutanei, che si presentano nella infezione splenica, non sieno effetto dell'infezione generale, ma solo fatti locali, che si formano al luogo d'entrata del veleno.

Esperienze dimostranti che la setticità del sangue putrefatto non dipende da un fermento solubile, ma bensì da elementi figurati; del dottor Feltz. (*Compt. rend.*, LXXXIV, p. 789 e 953, e *Centr. für med.*, 1877, num. 30).

Secondo l'Autore, l'estratto ricavato dal sangue putrido e fortemente velenoso, a mezzo dell'alcool a 75°-98°, essiccato e poi sciolto nell'acqua, non gli si dimostrò velenoso. Così pure quando il sangue putrido viene coagulato col calore di 80°, poi filtrato e quindi riscaldato a 160° fino alla distruzione degli organismi che vi erano contenuti, il liquido ottenuto con una nuova filtrazione, si dimostrò null'affatto pericoloso.

Le esperienze concludenti in questo senso pajono all'Autore sufficienti per ricavarne le conseguenze esposte nel titolo del suo scritto.

Ricerche sull'infezione settica e di micrococchi. (Dall'istituto anatomo-patologico di Reklinghausen a Strasburgo); del dottor A. v. Puchy. (*Virchow's Archiv.*, p. 329, LXIX, e *Cbl. f. d. med. Wiss.*, 1877, n. 39).

Egli si serve di tuorli d'uovo putrefatti, perchè per la loro ricchezza

(1) Su tale argomento oltre le prime nozioni di Magendie, e le recenti esperienze di Coze e Feltz e le capitali di Davaine stesso, che trovansi nell'*Union Médicale*, 1872, n. 122 sono degni di osservazione gli studj del nostro Clementi (Vedi *Centralblatt für Med.*, 1873, « Ueber das Vorkommen von Bacterien im Blute von krankenthiere » e, « Untersuchungen über die putride dinfection. » *Med. Jahrb.*, 3 Heft, 1873 e più ampiamente gli « Studj sperimentali sull'infezione putrida » di Thin e Clementi sul *Morgagni*, 1873, p. 673). (*Il Rel.*).

(2) Ciò potrebbe fino ad un certo punto militare per la medicazione alcoolica delle pustole e piaghe carbonchiose ed anche per l'uso interno dell'alcool. (*Il Rel.*).

di globulina sono molto simili alla marcia ed ai prodotti dell'infiammazione, mentre il sangue putrido, e la sostanza delle fibre muscolari e le altre sostanze sino ad oggi utilizzate per questo genere di studj sono certamente di natura più differente.

Ciò non ostante i suoi risultati differiscono poco dalle conclusioni cui giunse la maggior parte degli autori, che prima di lui s'interessarono dell'argomento.

A. L'emulsione di tuorlo d'uovo preparata con una soluzione di sale da cucina iniettata nella vena giugulare o sotto la pelle nella quantità di 2 fino a 5 c. c. rimase affatto senza effetto (3 esperimenti).

B. L'iniezione sottocutanea di una goccia fino a 4 c. c. di tuorlo d'uovo putrefatto (in 6 esperienze) recò la morte dell'animale solo in un caso, in cui il liquido era fortemente acido; l'iniezione nelle vene da 1,5 a 11 c. c. di tale sostanza, portò tosto la morte dell'animale (4 volte).

C. L'emulsione di tuorlo d'uovo fatta imputridire uccise uno dei due conigli ai quali erasi insinuata sotto la pelle nella quantità di 2,5 c. c. La medesima quantità di emulsione acida putrefatta iniettata nelle vene uccideva 4 animali e ne lasciava in vita un solo. In due trovò embolie di micrococchi nei vasi renali; uno d'essi era morto, 3 dopo l'iniezione, l'altro dopo 20 ore.

D. L'emulsione putrefatta di tuorlo d'uovo rimase velenosa anche dopo la cottura di 1|2 ora, ed iniettata nella giugulare di 3 conigli nella quantità di 2,5 c. c. li uccideva. In due casi, in cui la cottura avea durato 5' e 10', le vene contenevano dopo 3 giorni e 1|2 di vita, delle embolie di micrococchi. Se si protraeva la cottura a 1|2 ora, si avea la morte dopo 4 ore, ma non si trovava alcun micrococco; per il chè l'Autore conchiude che qui ha agito solamente il veleno settico, mentre negli altri casi preponderava la infezione di micrococchi. Dopo la cottura d'un'ora, l'emulsione putrida era rimasta senza effetto in tre animali; il che vuol dire che ivi era distrutto anche il veleno settico. Inoltre Puchy si crede autorizzato a mettere la infezione settica in relazione colla reazione acida, che subentra nel primo giorno di putrefazione, mentre l'emulsione putrida produce sviluppo di micrococchi solo dopo settimane.

L'Autore non ha cercato di dare una chiara dimostrazione del veleno settico. I suoi estratti di glicerina di tuorli d'uovo marci rimasero senza risultato in 6 conigli; un estratto acquoso di sangue settico portò la morte in un caso (1).

Il drenaggio quale coadjuvante l'innesto cutaneo sulle piaghe, e la loro cura; da una Memoria intitolata: *Contributo*, ecc., del dott. Alessandro Licastro, Palermo 1878.

Sorretto dal raziocinio e dall'esperienza clinica, il prof. Scarenzio leggeva nella seduta del 14 dicembre 1876 dell'Istituto Lombardo di

(1) Una certa azione antisettica è consentita generalmente alla glicerina. *(Il Rel.)*

Scienze e Lettere una Nota intorno ad un suo metodo speciale di cura delle piaghe callose (*Ann. Univ. di Med.* Parte Rivista, maggio 1877), ed ove appunto proponeva e propugnava l'utilità della fognatura onde evitare gli inconvenienti che il metodo di Baynton trae suo quando la secrezione marciosa sia abbondante e non si possa far senza di frequenti medicature.

Ci piace ora il rilevare come il metodo del prof. Scarenzio incominci ad essere debitamente apprezzato, anzi il dott. Licastro non solo lo crede utile nelle piaghe callose in genere, ma specialmente quando vogliasi tentare in esse l'innesto cutaneo che di soventi fallisce per la troppa secrezione marciosa. Ciò risulta dalla 7ª ed 8ª Osservazione da esso esposte nella succitata Memoria e che quì riportiamo:

a) L. F., di anni 28, da Alcamo, donna maritata con prole, di costituzione debole, il 28 maggio 1876 fu in casa propria colpita alla gamba sinistra da proiettile di revolver per accidentale esplosione. Venne con troppo zelo sottoposta all'applicazione continua della neve, ed in pochi giorni si ebbe estesa cangrena ai comuni tegumenti della metà inferiore della gamba, con distruzione dei muscoli e tendini sottostanti. Decaddero le forze dell'inferma, e lo stato generale fu gravissimo per molti giorni; inoltre il distacco dei tessuti cangrenati fu accompagnato da vasta suppurazione e febbre grave. Da tutto questo ne risultò una vasta ulcerazione in parte coperta da vegetazioni fungose, in parte con la tibia a nudo; e dalla superficie interna dell'estremo inferiore dell'osso avvenne il distacco d'una grossa scheggia, di cui rimangono le traccie in un solco visibile. Dopo ciò, la tibia si coprì interamente di granulazioni, restando un vasto impiagamento che circondava interamente la gamba nella metà inferiore; ulcerazione fungosa, con abbondante suppurazione, e che per un anno si mantenne ribelle ad ogni mezzo di cura.

Le condizioni locali influirono talmente sullo stato generale di lei, che la nutrizione decadde sino al marasmo.

In maggio 1877 fu portata in Palermo, ove sinanco le fu consigliata l'amputazione. Vide allora l'Autore quest'inferma sotto le cure del professore Albanese, da cui fu proposto il trapiantamento cutaneo, e gli fu dato per varj mesi di seguire tutte le fasi importanti di questo trattamento.

L'arto inferiore sinistro offriva sensibile atrofia nei muscoli della coscia e della metà superiore della gamba, assottigliamento più marcato nella metà inferiore ove non era traccia di pelle; l'ulcerazione che la copriva era a superficie irregolare, fungosa, con suppurazione fetida abbondante; bordi pressochè regolari, il superiore all'unione del terzo medio col terzo superiore, l'inferiore a livello dei malleoli, non callosi nè rilevati, neppure tendenti a cicatrizzare. Ginocchio in semiflessione permanente per retrazione dei muscoli del garretto, piede immobile e sensibilmente esteso sulla gamba, tumefatto, poco caldo, con pelle lucente, pallida, e vene sviluppate, saldato in tutte le articolazioni; le dita

immobili in semiflessione. Per varj giorni la medicazione ed irrigazione al permanganato di potassa, ripetuta di frequente, modificò alquanto la suppurazione; sicchè il 29 maggio quattro brani di pelle, forniti dall'inferma e dal marito, furono dal prof. Albanese innestati per leggiera infissione in quattro punti dell'ulcera tra loro distanti, e coperti da pezzetti di stagnola; indi fu fatta con le striscie di sparadrappo la medicatura alla Baynton.

Per l'abbondante e fetida suppurazione rinnovavasi la medicazione il 1° giugno; gl'innesti erano ben aderiti al loro posto, un solo spostandosi era andato a fissarsi posteriormente: dopo altri tre giorni gl'innesti erano rosei, ed all'ottavo giorno ciascuno di essi irradiava circolarmente una pellicola biancastra a coprire i bottoni carnosi: fu allora che i bordi della piaga si modificarono attivandosi ad un processo di riparazione, mentre scemava la suppurazione e la piaga offriva una superficie uguale, continuando le irrigazioni al permanganato e la medicatura di Baynton.

Dopo quindici giorni ciascun innesto con la sua cicatrice copriva una area da due a tre centimetri di diametro, e i due innesti della parte interna riuniti tra loro e col bordo superiore formavano un promontorio poco distante dal bordo inferiore: l'innesto della parte esterna, isolato ancora ma più sviluppato degli altri, era prossimo a raggiungere il bordo superiore ed avea quattro centimetri di diametro; il posteriore più piccolo si era unito al bordo superiore.

Il 20 giugno si praticavano altri quattro innesti nei punti ove lo impiagamento è ancora esteso, ed essi aderirono tutti e seguirono le stesse fasi ed il rapido sviluppo dei precedenti, riunendosi tra loro e con quelli; tanto che dopo quaranta giorni di cura la cicatrice emanata da otto punti centrali e dai bordi costituì un sistema trabecolare di tessuto riparatore nelle cui lacune persistevano varj impiagamenti.

Senza causa apprezzabile, verso la metà di luglio sopravvenne un processo ulcerativo della cicatrice che in gran parte andò distrutta; questo accidente fu vinto sostituendo le bagnature col permanganato alla medicazione occlusiva; e dopo pochi giorni si ritornò al metodo precedente, essendosi ben consolidata la cicatrice superstite. Però, ad impedire che il pus sotto le striscie in contatto permanente con la nuova cicatrice ritornasse a distruggerla, l'Autore adottava il drenaggio recentemente proposto da Scarenzio servendosi di cilindretti di stagno e non di tubi per essere sottili e flessibili. Di questa pratica potè lodarsene, perchè il pus veniva fuori lungo i cilindretti, e la cicatrice avanzandosi da molti punti in un mese fece riguadagnare il perduto.

Alla fine di agosto in tali favorevoli condizioni tre nuovi innesti formarono rapidamente tanta cicatrice che restarono in tutto tre o quattro punti ulcerati grandi come monete d'un centesimo. Soltanto allora cessavasi dall'applicazione dei cilindretti di stagno, i quali avevano permesso varie volte di tenere la medicazione occlusiva alla Baynton sino ad otto giorni senza rinnovarla.

Il 13 settembre fu fatto il duodecimo ed ultimo innesto alla parte esterna, ed esso in quindici giorni valse a coprire quasi interamente con nuova cicatrice un' ulcerazione persistente larga come un cinque centesimi.

L'inferma restò ancora due mesi in cura a causa di tre piccolissime ulcerazioni ostinatamente persistenti, e con le quali essa partì nei primi di dicembre. Tutta la cicatrice formata era e si mantenne abbastanza solida; e si sarebbe già pensato a regolare la posizione del piede e del ginocchio onde riguadagnare per questa povera inferma la stazione verticale ed un incesso più facile; ma quelle ulcerazioni non permisero applicazione di apparecchi nè pressioni, e fu prudente rimandare a miglior tempo la cura ortopedica.

Contemporaneamente al miglioramento locale, pure si modificarono le condizioni generali dell'inferma: lo stato di nutrizione ed il colorito migliorarono assai mercè la buona aria, la sufficiente alimentazione, il declinare della suppurazione, l'uso quasi continuo di rimedj tonici e ricostituenti.

b) F. G., di anni 65, da Palermo, è affetta da oltre trent' anni da numerose varici alle gambe, e più sviluppate quelle nel dominio della safena esterna sinistra; dove circa dalla medesima epoca formossi un' ulcera tra il terzo medio e l'inferiore, la quale ha varie volte subìto delle modificazioni di carattere e di forma, in rapporto anche al metodo di cura; solo qualche volta è venuta a cicatrizzare per riaprirsi subito dopo.

Invitato a curare quest' inferma, il dott. Licastro trovava la gamba sinistra edematosa, sparsa di numerose varici, ed un' ulcera alla metà inferiore, superficie esterna, ovoidale, col grand'asse parallelo all' asse del corpo, e lunga 8 centimetri, larga 6, a bordi callosi e rilevati, fondo depresso, uniforme e d'aspetto lardaceo, poco sensibile alla pressione, con suppurazione abbondante.

Proponevasi di modificare l'aspetto dell' ulcera col permanganato di potassa, di agevolare la circolazione locale con la posizione elevata dell'arto e con fasciatura espulsiva, di ridurre ad un piano uguale i margini ed il fondo mercè la medicatura di Baynton, e di interrompere la continuità dell'ulcera per mezzo degl'innesti. Cominciava la cura il 9 gennajo 1878, e fu contento di vedere in 15 giorni quasi scomparso l'edema e pianeggianti i tumori varicosi rinnovando ogni giorno la compressione con la fascia.

Nel tempo stesso le striscie di sparadrappo tolsero la differenza di livello tra il contorno e l'ulcera; ed i bordi, così modificati meccanicamente, mostrarono ancora di voler avanzarsi sull' ulcera portandovi la cicatrizzazione; ciò che in allora riusciva più facile, essendosi allungata la forma dell' ulcera per il fatto della compressione circolare e della scomparsa dell'edema.

Già da parecchi giorni avendo adottato il metodo di Baynton, no-

tava appunto l'inconveniente che, essendo abbondante la suppurazione, il pus restava chiuso sotto le striscie di sparadrappo: vi rimediava collocando sul grand' asse della piaga un cilindretto di stagno, il quale senza recar molestia infossandosi tra i bottoni carnosi, valse a condurre il pus all'esterno senza che le strisce restassero scostate dalla piaga. Persistendo con questo trattamento, alla fine di febbrajo la piaga era ridotta ad un centimetro di larghezza sopra quattro di lunghezza; e dopo altri pochi giorni, ridotta notevolmente la suppurazione e ravvicinati ancora più i bordi, tolse l'apparecchio per la fognatura, il quale a questo punto non poteva riuscire che di ostacolo alla completa guarigione. Credendo utile di non rinnovare più con frequenza la medicatura, non rinunziava al metodo di Baynton, col quale però vide mantenersi la linea di impiagamento esistente per il ristagno del pus su di essa: allora formava sotto lo sparadrappo un colio niente molesto con due sottili striscie di tela collocate sui bordi della piaga. Valse questo mezzo a condurre il pus all'esterno e a mantenere detersa la piaga lasciandola per quattro giorni non medicata. Così dopo tre mesi non restava che un punto ulcerato di pochi millimetri quadrati.

Non dubita della guarigione completa di quest'ulcera, la quale avrebbe costituito uno dei trionfi del trapiantamento cutaneo se l'avesse in tempo debito adottato; però stima opportuno, e ne diede consiglio all'inferma, di non trascurar mai di tenere l'arto convenientemente fasciato, giacchè col ritorno dell'edema e del rigonfiamento dei tumori varicosi, nulla di più facile che vedere riprodurre l'ulcerazione.

E dopo l'esposizione di questi fatti riaccennando alla proposta del prof. Scarenzio, l'Autore soggiunge: « Invero dell'utilità di questa proposta, oltre ad esserne convinti razionalmente, ne abbiamo potuto apprezzare nei due casi citati tutte le fasi, e la mancanza di qualsiasi inconveniente; e siamo persuasi che il drenaggio nelle piaghe, anzichè limitarsi a quelle callose, possa applicarsi di frequente come parte ausiliare del metodo di Baynton; e siccome la medicazione occlusiva dell'Aurore inglese è di regola adoperata per protezione nei casi di trapiantamento cutaneo, così è evidente che la proposta dello Scarenzio è un acquisto nella pratica degl' innesti, come si rileva dalla nostra 7ª osservazione. Preferiamo i cilindretti ai tubi metallici perchè fossero sottili e flessibili; mentre i tubi di piccolo diametro non permettono che vi scorra dentro il pus; del resto esternamente esso si fa strada ugualmente. Conseguenza dello stesso principio è la pratica usata nell' 8ª osservazione, cioè il drenaggio con le listerelle di tela; e ciò fu fatto quando l'ulcera si ridusse così piccola da controindicare l' applicazione del cilindretto. Ritengo ancora che in quest'ultimo caso il drenaggio valse notevolmente ad affrettare la guarigione dell'ulcera, e contribuì ad impedire che si ricorresse agl'innesti. »

Assistendo alla pratica del prof. Scarenzio però, ci siamo convinti che anche i tubetti metallici quando sieno di piombo anzichè di stagno

riescono flessibilissimi, massime se prima di foggiarli alle incurvature necessarie si passi entro ad essi uno stiletto metallico che si lasci facilmente piegare. È per altro vero che qualche volta otturandosi il lume del tubetto la marcia sorte rasentandolo, d'onde ne risulta che può del pari riescire la modificazione immaginata ed adottata dal dott. Licastro.

RIVISTA FRENIATRICA

del dott. ANTIGONO RAGGI

Incaricato dell'insegnamento della Psichiatria nella R. Università di Pavia e Direttore del Manicomio di Voghera.

Foville — *Delle relazioni fra le alterazioni della motilità nella paralisi generale e le lesioni della parte corticale delle circonvoluzioni fronto-parietali.*

Ferrier — *Le funzioni del cervello.*

Sander — *Lesioni trofiche consecutive alla ferita del nervo mediano sinistro in un alienato.*

Vincent — *Dei fenomeni oculo-pupillari nell'atassia locomotrice progressiva e nella paralisi generale degli alienati.*

Ripping — *Sulla differenza di temperatura delle due metà del corpo nei pazzi, e sulla sede del centro termico nel cervello dell'uomo.*

Riva — *Sulle elevazioni di temperatura nelle fasi di aggravamento della paralisi progressiva.*

Tamburini — *La sfigmografia negli alienati.*

Fevre — *Caso di nigrizia in un pazzo.*

Raggi — *Tre casi di clitrofobia.*

Lasègue e Falret — *Pazzia associata o comunicata.*

Westphal — *Le idee fisse.*

Frigerio — *Se l'afasia possa considerarsi quale sintoma delle lesioni dei lobi parietali.*

Emminghaus — *Sullo stato frenopatico dell'uomo nella rabbia.*

Skae e Clouston — *La frenosi epilettica.*

Falret — *Paralisi generale.*

Verga — *Prime linee di una statistica delle frenopatie in Italia.*

Kitchen — *La cicuta nella cura della pazzia.*

Venturi — *Contributo all'azione dei sali di chinina nelle frenosi intermittenti.*

Meyer — *Trattamento della paralisi progressiva.*

Sander — *Sulle frizioni praticate alla sommità del cranio colla pomata di tartaro stibiato.*

Delle relazioni tra le alterazioni della motilità nella paralisi generale e le lesioni della parte corticale delle circonvoluzioni fronto-parietali; di A. Foville, fils. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1877).

I. L'Autore ricorda come fino ad un'epoca recente si localizzassero nella superficie delle circonvoluzioni cerebrali i centri delle funzioni psichiche, e come ancora nel 1870 fossero accolte con una certa diffidenza le esperienze di Hitzig, che eccitava con un apparecchio a corrente continua la superficie delle circonvoluzioni fronto-parietali, e scopriva dei centri motori distinti per le membra superiori ed inferiori, per la faccia, le labbra e gli occhi. Queste esperienze ripetute e confermate da Ferrier, divennero in Francia origine di nuove ricerche per parte di Dupuy, Carville e Duret, Virenque, Veyssière, Vulpian e Charcot.

Nell'uomo e negli animali superiori esisterebbero così dei centri motori nella porzione corticale delle circonvoluzioni della parte mediana degli emisferi cerebrali, ciò che si spiegherebbe anatomicamente per la presenza delle cellule piramidali giganti, analoghe alle grandi cellule motrici del corno anteriore grigio del midollo. Tali cellule si troverebbero quasi unicamente nelle due circonvoluzioni ascendenti, che dalla metà del bordo superiore della scissura del Silvio si elevano fino al bordo superiore degli emisferi, limitando tra loro il solco del Rolando. In questa zona si troverebbero quasi tutti i centri motori di Hitzig e Ferrier.

L'Autore qui riporta le conclusioni di Lepine nella sua tesi sulle localizzazioni cerebrali, che sono le seguenti:

1° I centri dei movimenti delle membra anteriori e posteriori del lato opposto si trovano nelle circonvoluzioni parietali ascendenti, nei loro due terzi superiori (parti più vicine al solco interemisferico); le sole membra anteriori sembra che abbiano, in parte, il loro centro nel terzo superiore della circonvoluzione frontale ascendente;

2° Sulla 1ª circonvoluzione frontale (quella che decorre paralells al gran solco interemisferico) e nella sua parte posteriore (cioè vicino alla circonvoluzione frontale ascendente), si trova un centro per i movimenti della testa e del collo;

3° Sulla seconda circonvoluzione frontale ed indietro, un centro per i movimenti delle mascelle, delle labbra e della lingua;

4° In dietro, in una piega speciale del lobo parietale (piega curva), si troverebbe un centro per i globi oculari. Per i centri poi delle membra l'azione è esclusivamente crociata; al contrario è bilaterale per i centri delle labbra, della lingua, e delle mascelle (Carville, Duret, Lepine).

Queste nozioni fisiologiche l'Autore applica alla patologia della paralisi generale per rischiararne la storia.

II. Due caratteri predominanti distinguono la paralisi generale, o follia paralitica, dalle altre forme d'alienazione mentale e dalle altre malattie cerebrali. Il primo consiste nei disordini della motilità, che sono

svariatissimi: il secondo nell'alterazione della sostanza grigia corticale, che si manifesta principalmente per le aderenze delle meningi (inspessite ed infiltrate da depositi plastici) alla porzione più superficiale delle circonvoluzioni, e per il rammollimento dello stato grigio sottoposto.

L'Autore è lungi dal pensare che questa lesione sia la sola che esista nella paralisi generale, ed accenna ad altre modificazioni istologiche dei vasi, della nevroglia, dell'ependima ventricolare, delle fibre e cellule nervose del cervello, del bulbo e del midollo; ma aggiunge che tali lesioni, riscontrandosi in altre forme morbose, non possono avere quel valore patognomonico, che invece avrebbero le aderenze delle meningi. Tali aderenze, per lo più parziali, si osservano nella porzione anteriore dei lobi frontali, sulle circonvoluzioni parietali, e particolarmente sui bordi del solco del Rolando.

Sino ad oggi i disordini dell'intelligenza si ritenevano effetto della lesione anatomica della corteccia cerebrale, e quelli della motilità si facevano dipendere da lesioni del bulbo, o del midollo e Foire nel 1861 pretese fossero dipendenti da granulazioni delle pareti del 4° ventricolo; ma quest'ultimo fatto non era sempre costante, e di più era stato notato in altre malattie. Lockhart-Clark, Westphal, Magnan trovarono la sclerosi del tessuto nervoso, non solo nella massa del cervello, ma anche nel bulbo e midollo: Galopain attribuiva i disordini della loquela all'alterazione del bulbo, in corrispondenza del pavimento del 4° ventricolo, sul punto d'origine dei nervi cranici, e specialmente del grande ipoglosso e del facciale, ed infine Dagonet li attribuiva a lesioni bulbari.

Con questo riassunto sulle opinioni attualmente in voga sulle sopradette questioni, l'Autore ci fa vedere come finora le lesioni che producono i disturbi della motilità non si volessero ritenere effetto delle lesioni corticali, ciò che appunto egli ammette.

III. Le esperienze fisiologiche hanno dimostrato che l'eccitazione elettrica dei centri motori corticali determina nel lato opposto del corpo una contrazione muscolare, che è sempre la stessa per ciascun punto. Se l'eccitazione è leggera, si hanno movimenti fisiologici; se si prolunga, si hanno dapprima convulsioni limitate, che poi si estendono in modo da costituire un vero attacco epilettico, o emiplegico, susseguito qualche volta da paralisi passeggera. Se si esporta o si distrugge la sostanza corticale di un centro, si determina nel relativo gruppo muscolare una paresi o paralisi di durata più o meno lunga.

L'Autore ammette che il processo morboso nella paralisi generale cominci con una flussione iperemica delle meningi e della corteccia cerebrale, principalmente nel dominio delle arterie cerebrali anteriori e della silviana, che abbiano luogo varie remissioni, a cui susseguano altre congestioni, e che il tutto finisca col dar luogo alla sclerosi, all'atrofia del sistema nervoso ed in ispecie a quella delle cellule nervose. Questo processo riprodurrebbe progressivamente ciò che si ottiene coi mezzi sperimentali sopradetti. Lo stesso parallelismo starebbe nello sviluppo dei di-

sturbi della motilità. Dapprima si nota un tremore atassico; questo tremore è poscia più marcato e talora accompagnato da contratture violenti; più tardi insorgono convulsioni, ora parziali, più o meno bene localizzate, ora generali, con seguito di emiplegie parziali, contratture e paralisi.

Il processo morboso della paralisi presenta ancora nel suo modo di agire analogia coll'eccitazione sperimentale, inquantochè in ambo i casi possono osservare effetti limitati ad un piccolo gruppo muscolare, ed anche ad un solo muscolo.

La stessa analogia tra i risultati sperimentali ed i fatti patologici esisterebbe anche sotto il rapporto della durata. Come i disturbi convulsivi o paralitici, determinati dall' elettrizzazione, sono passeggeri, e la funzione della parte non tarda a ristabilirsi allorquando si esporti una porzione limitata della sostanza grigia, così il processo morboso nelle paralisi è raramente continuo; esso procede in base a replicate congestioni, di variabili intensità, ed i disturbi di motilità hanno una corrispondente successione di esacerbazioni e remissioni complete, con tendenza a riprodursi in forme più gravi e che finiscono in contratture permanenti e con paralisi più o meno estese.

IV. Spingendo l'Autore più avanti l'analisi dei sintomi, e considerandoli isolatamente, trova che la concordanza tra i risultati fisiologici e patologici si fa sempre più manifesta. Un sintomo frequentissimo e di gran valore diagnostico è la *disfasia*, dovuta ad atassia dei movimenti delle labbra e della lingua; ora, secondo Dox e Broca, la facoltà dell'articolazione del linguaggio avrebbe il suo centro nella porzione posteriore della 3ª circonvoluzione frontale, verso il punto d'incontro di detta circonvoluzione colla ascendente anteriore, vicino al punto ove tendono a riunirsi il solco del Silvio e del Rolando.

Ciò precisamente concorderebbe coi risultati ottenuti da Ferrier, che di più avrebbe trovato un'altro centro speciale motore per la lingua e le mascelle, un po' più in alto, e cioè alla parte posteriore della 2ª circonvoluzione frontale. In queste regioni appunto le aderenze delle meningi sono le più marcate e frequenti. Dopo ciò l'Autore è indotto a far dipendere l'inceppamento della parola nei paralitici, il tremore delle labbra e della lingua, non come vorrebbe Foire. da granulazioni del 4° ventricolo, e Galopain da alterazione della sostanza grigia sottostante al pavimento del 4° ventricolo, ma sibbene dall' alterazione superficiale della 2ª e 3ª circonvoluzione frontale.

All'inceppamento della loquela si aggiunge talora la vera afasia, per lo più parziale e passeggera; generalmente accompagnata da paresi o da vera emiplegia destra. Questi due sintomi che difficilmente si potrebbero spiegare ammettendo differenti e lontane lesioni cerebrali, troverebbero invece facile interpretazione nella nuova teoria dei centri corticali motori. In questi casi l' alterazione del tessuto nervoso deve essere più estesa e profonda.

Per l'eccitazione dei centri motori sopra descritti delle mascelle e dei muscoli masticatori, si spiegherebbe il digrignare dei denti, sì speciale a trovarsi nei paralitici, e per l'eccitazione dei centri per i movimenti della testa e del collo, le forme convulsive per le quali, sia negli accessi epilettiformi unilaterali, sia nelle contratture spasmodiche le più limitate, la testa si trova deviata da un lato; generalmente da quello della lesione. Così l'irritazione dei centri per le membra superiori ed inferiori sarebbe la causa delle convulsioni più o meno estese delle membra, e l'irritazione dei centri motori dei globi oculari, causa dell'abbassamento della palpebra superiore, di un certo grado di nistagmo e della rotazione dei globi oculari, fenomeni che, sebbene più di rado, si osservano nei paralitici. Anzi dalla stessa causa l'Autore vorrebbe far derivare i frequenti restringimenti e dilatazioni della pupilla, che ordinariamente si attribuiscono a lesioni del gran simpatico.

V. Termina nelle sue conclusioni l'Autore coll'ammettere: che « nella paralisi generale le lesioni corticali delle circonvoluzioni fronto-parietali sono la causa diretta dei disturbi della motilità, della localizzazione e della intensità degli accidenti atassici, spasmodici e paralitici. »

Le funzioni del cervello; di Ferrier. (*The functions of the Brain*, 1876).

In seguito ai suoi interessanti studi sperimentali sopra gli emisferi cerebrali, l'Autore con questo suo lavoro primieramente ha potuto meglio chiarire l'argomento dei *centri motori* corticali; ha poi localizzato nel seguente modo i *centri di senso*:

1° Il *centro della visione* si troverebbe nel *girus angularis di Gratiolet*, dove portando l'eccitazione elettrica, si ottengono movimenti dei bulbi oculari, e si ha la cecità unilaterale dal lato opposto, asportando tale circonvoluzione. Asportando questa da ambo i lati, si avrebbe la cecità completa.

2° *Il centro dell'udito* sarebbe posto nella *circonvoluzione temporo-sfenoidale superiore*, la quale essendo asportata, si produrrebbe sordità. Per la semplice irritazione di questa località, si producono movimenti nel padiglione dell'orecchio opposto, si ha dilatazione di pupilla, si vedono gli occhi ed il capo voltarsi dal lato opposto a quello dove l'irritazione è applicata.

3° *La sensibilità tattile* avrebbe un centro distinto nella *circonvoluzione del grande ippocampo*. Distruggendo questa parte, si ha l'anestesia nel lato opposto del corpo.

4° *L'odorato ed il gusto* avrebbero un centro comune nel *lobo sfenoidale*. La distruzione di questo lobo abolisce questi due sensi. Se la lesione è bilaterale, l'anestesia della lingua è completa; se è unilaterale, l'anestesia della lingua si trova solamente dal lato della lesione.

5° Il centro dell'*appetito per i cibi* si troverebbe nei *lobi occipitali*, i quali se vengono distrutti negli animali, questi, conservando il desiderio delle bevande, perdono affatto l'appetito per i cibi;

6° La *tendenza sessuale* sarebbe riposta nelle *circonvoluzioni occipito-temporali*, ma ciò non è provato ancora da esperienze dirette.

Per rispetto alla localizzazione delle *facoltà psichiche*, il Ferrier intanto avrebbe creduto di potere circoscrivere l'*attenzione* alla parte anteriore dei lobi frontali, la quale fu asportata in una scimmia, che dopo tale operazione, senza perdere affatto l'intelligenza, restò apatica ed indifferente a ciò che le accadeva attorno.

Lesioni trofiche consecutive alla ferita del nervo mediano sinistro in un alienato; di Sander W. (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1877).

Un pazzo si ferì profondamente all' avambraccio sinistro. Mentre la ferita stava per guarire, apparvero sulla mano corrispondente, sparse qua e là, delle vescicole, che si svilupparono lentamente, lasciando delle cicatrici alla loro scomparsa. Una volta cicatrizzata la piaga, si notava: la cicatrice della ferita, lunga 4 cent., si dirigeva trasversalmente sulla faccia interna dell'avambraccio, un po'al di sopra dell'apofisi stiloide del radio. Le due estremità della cicatrice si trovano distanti 2 cent. dalle apofisi stiloidi radiale e cubitale. Le cicatrici delle vescicole sono di forma irregolare, rotonda od ovale, un po' raggiate, di color bianco; le une debolmente depresse, le altre lievemente prominenti. In tutto sono sei, ed occupano i seguenti punti: 1° Il mezzo della faccia palmare della terza falange del dito medio; 2° la faccia dorsale della 2ª falange dello stesso dito, presso il margine radiale; 3° la prima falange dell' indice, nel mezzo della faccia palmare; 4° la seconda falange dello stesso dito, nel punto in cui il suo margine radiale si continua colla faccia palmare; 5° nella palma, anteriormente all' eminenza thenar, sul prolungamento dello spazio interdigitale compreso fra il secondo ed il terzo dito. Questa è la cicatrice più voluminosa e più antica; 6° nel mezzo della prima falange del pollice.

Le vescicole apparvero l'una dopo l'altra, prima alla palma, poi sulle dita. Erano varie di volume; il loro contenuto era fluido, trasparente ed intorbidavasi a poco a poco; disseccandosi, formarono una crosta.

Nello stesso tempo l'infermo provava un senso di stanchezza, di stordimento e di formicolio alle dita. L' indebolimento della sensibilità era sopratutto manifesto alla faccia palmare delle due prime dita. L'anestesia era più distinta in corrispondenza delle cicatrici. La pelle nelle estremità digitali corrispondenti era secca, un po' pallida e più liscia; i solchi erano meno visibili. Le unghie erano normali, la metà radiale della mano sinistra non sudava. Le prime vescicole apparvero dieci giorni dopo la ferita.

L'Autore opina che tale affezione debbasi interpretare come una lesione trofica nervosa, e probabilmente come una nevrite discendente del mediano.

Dei fenomeni oculo-pupillari nell' atassia locomotrice progressiva e nella paralisi generale degli alienati; di C. Vincent. (*Tesi.* Parigi 1877).

Il malato è posto in un ambiente rischiarato tanto da poter prendere

conoscenza esatta dello stato delle pupille, di cui nota il diametro ordinario, e poi procede all'esame delle modificazioni che avvengono in questo diametro, primieramente sotto l'influenza dell'aumento della luce mentre il soggetto guarda un oggetto fisso; secondariamente sotto l'influenza dell'accomodamento alla lettura a distanza ordinaria; in terzo luogo quando l'occhio è rivolto ad oggetti situati a più di 20 piedi dal soggetto che si esamina.

Sui 21 soggetti in preda a paralisi generale, esaminati nel manicomio di S. Anna, in istato avvanzatissimo di malattia, ha potuto constatare 8 volte la miosi, la midriasi 3 volte, la disuguaglianza 17 volte. Due volte solamente si constatò la modificazione normale delle pupille, tanto nel passaggio dall'ombra alla luce, quanto nel momento dell'accomodazione: 19 malati invece presentarono la mancanza di contrazione dell'iride, o una contrazione lenta passando dall'ombra alla luce, mentre nell'accomodazione si contraeva normalmente. Spiega il fatto ammettendo con Baillarger che l'ineguaglianza delle pupille si debba al predominio delle lesioni organiche, che si trova in uno dei due emisferi cerebrali.

Sulla differenza di temperatura delle due metà del corpo nei pazzi, e sulla sede del centro termico nel cervello dell'uomo; di Ripping. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1878).

L'Autore misurò la temperatura delle due metà del corpo, applicando termometri centigradi alle piegature del cubito e del ginocchio.

Le sue osservazioni sono state fatte sopra alcuni pazzi affetti da diversa forma di malattia mentale, ed ha potuto stabilire le seguenti conclusioni:

1° L'aumento della temperatura da una parte soltanto coincide con altri fenomeni nervosi, predominanti pure da un lato solo, come: l'aumentata salivazione, la disuguaglianza delle pupille, la prosoplegia, la secrezione di sudore;

2° Nei casi in cui si mostrò il sudore unilaterale, si constatò quasi sempre la temperatura delle estremità opposte aumentate;

3° L'aumento di temperatura si ebbe qualche volta dalla parte opposta a quella in cui esisteva la dilatazione della pupilla.

4° Tale aumento si mostrò pure il più delle volte dal lato opposto a quello della prosoplegia, ma qualche rara volta anche dallo stesso lato.

Sulle elevazioni di temperatura nelle fasi di aggravamento della paralisi progressiva; di G. Riva. (*Rivista sperimentale di freniatria*, ecc. Reggio-Emilia, 1877).

È questa una nota di molta importanza, che appoggia quanto fu già dimostrato da Magnan e da Clouston, e cioè: che nelle fasi di aggravamento (*poussées congestives*) della paralisi progressiva, specialmente se caratterizzata da accessi epilettiformi od apoplettiformi, si nota ordinariamente un *aumento di temperatura*.

I casi riportati dall'Autore in prova di tale fatto sono quattro.

Il *primo* riguarda certo F. F. d'anni, 38, nervoso, dato già agli accessi venerei ed al bere, ed affetto da paralisi progressiva avanzata. Ultimamente cadde sulla scala e fu preso improvvisamente da convulsioni tonico cloniche in tutto il lato destro dal corpo, compresa la faccia. Tali movimenti ritmici erano accompagnati da una specie di singulto. A sinistra esisteva uno stato paretico. Si sospese la conoscenza e dopo 4 ore sopravvenne il coma, con persistenza sempre a destra di leggere scosse. Dopo 20 ore l'infermo cominciò a risvegliarsi, e dopo tre giorni si trovava allo stato suo ordinario per rispetto alla intelligenza. Al lato destro rimase uno stato di paresi pronunziato, a sinistra non rimasero alterazioni notevoli. Al 6° giorno l'infermo comincia a muovere discretamente gli arti del lato destro, ma con notevole grado di atassia. Dopo 15 giorni l'infermo poteva camminare senza appoggio.

Per rispetto alla temperatura si notò che dopo 10 ore dall'insorgere dell'accesso si avevano 39°, e che a tale grado rimase il calore per 24 ore. Per 15 giorni poi la temperatura oscillò fra i 37,8° ed i 38,3°, con rialzo nelle ore vespertine.

Il *secondo* si verificò in certo A. D. di 40 anni, che per abuso di coito ammalò di una forma paralitica di neuropatia, con fenomeni dapprima spinali, poi con sintomi di alterata funzionalità psichica. Condotto al manicomio di Reggio il 23 novembre 1877, fu fatta diagnosi di paralisi progressiva. Dopo un certo tempo che l' infermo era in cura, senza precedenze, si notò nel periodo di poche ore una elevazione di temperatura da 37,3° e 39,3°, che coincideva con uno stato di sopore ben pronunciato, cui associavasi injezione notevole dei vasi congiuntivali e turgore dei vasi delle tempia e della fronte. Il giorno dopo la temperatura salì a 40°. Al terzo giorno discese a 38,3°, oscillò per cinque giorni fra 38° e 38,3°, e ritornò stabilmente alla norma. Col decrescere della temperatura, gradatamente cessò il torpore mentale.

L'Autore mette in rapporto questi fatti con uno stato congestivo transitorio del cervello.

Il *terzo* caso fu presentato da certo A. E. di 47 anni, affetto da paralisi progressiva, il quale, osservato dopo uno degli ultimi accessi, presentava: la pupilla sinistra molto più dilatata della destra, la sensibilità reflessa aumentata agli arti inferiori, specialmente al destro; la dolorifica abolita in tutto il lato sinistro, diminuita nella regione anteriore del collo, conservata a destra. I movimenti degli arti limitati, atassici, si eseguivano meglio nell'arto superiore di sinistra. La metà destra del viso era più rilasciata e tutto il lato destro meno mobile. Nel lasso di tre mesi l'infermo ha presentato parecchie volte fenomeni convulsivi, i quali hanno sempre cominciato con un aumento notevole di temperatura, che ha oscillato fra i 38,4° ed i 39°. Morì poi in seguito a risipola flemmonosa all'arto superiore destro con cancrena.

Autopsia. — Congesti i vasi della dura madre, aderente all'aracnoide lungo i margini interni degli emisferi. Opacata l'aracnoide alla volta,

specialmente alla parte anteriore sinistra. I vasi della pia in corrispondenza dei lobi frontali e parietali, specialmente a destra sono poco sviluppati. In corrispondenza alla 3ª circonvoluzione frontale, della scissura del Silvio, della circonvoluzione parietale inferiore e della 1ª e 2ª temporale, si scorge una grande area rosso-cupo, che ha l'apparenza di suffusione emorragica ed ha il suo centro nella scissura del Silvio. Ciò da ambo i lati; ma a sinistra più alta ed estesa. Nella parte anteriore dei lobi frontali, sotto l'aracnoide, trovasi dello siero torbido. Le punte anteriori degli emisferi presentano un'area rossastra di viva congestione, che in basso si fonde col generale arrossamento della base. Quivi forti congestioni e suffusioni sanguigne, specialmente nel lobulo orbitario di sinistra e negli estremi posteriori dei lobi occipitali, nella punta del lobo temporo-sferoidale, e nella parte posteriore dei lobi del cervelletto. In corrispondenza del chiasma, subito all'interno delle carotidi, esiste un coagulo denso, resistente. La basilare e la silviana sono ateromatose.

Nelle fosse del Silvio di sinistra si trovano piccoli e numèrosi coaguli. Nella parte del lobo temporale sinistro corrispondente alla scissura del Silvio, sonovi parecchie chiazze emorragiche al disotto della pia madre, le quali interessano lo stato superficiale della sostanza grigia. Lo stesso notasi a destra, ma assai meno pronunziato. La pia madre aderisce alla corticale in varj punti della volta. Poco siero nei ventricoli. La sostanza bianca è più vascolarizzata a sinistra. Nella regione dorso lombare del midollo spinale si trova un graduato arrossamento e suffusione emorragica che sulla regione lombare e dorsale diviene decisa e copiosa emorragia, formata da coaguli nerastri che sembrano aver sede fra la pia e l'aracnoide. Sostanza grigia centrale cervicale depressa. Nella regione lombare è resistente e protuberante.

Nel *quarto* caso è preso in considerazione certo B. S. d'anni 37, celibe, infermo di demenza con paralisi, seguita ad abusi della vita. Il 29 dicembre 1877 presentò convulsioni cloniche limitate al lato sinistro del corpo, della durata di circa 6 ore. Cessato l'accesso convulsivo si notò quanto segue: l'arto superiore sinistro appariva paralizzato, cadente lasciato a sè, ma nel muoverlo si sentiva resistenza nei muscoli. L'arto superiore destro presentava maggiore resistenza ai movimenti impressi, ed abbandonato a sè non cadeva. Movimenti oscillatori e talora convulsivi delle dita, dei membri facciali, arrotamento dei denti, ecc. Le sensazioni dolorose erano avvertite nell'arto superiore sinistro, ed allora pronunziava parole inintelligibili, mentre non mostrava comprendere. Gli arti inferiori erano tenuti in flessione permanente. L'arto inferiore sinistro, abbandonato a sè, cade come morto, mentre il destro presenta una certa resistenza. La sensazione dolorosa era avvertita in ambo gli arti inferiori, ma il destro si ritraeva più sollecitamente del sinistro; la sensibilità reflessa è conservata nell'arto inferiore destro, quasi abolita nel sinistro.

La temperatura che per lo avanti aveva sempre oscillato fra i 36,5° ed i 37,5°, salì nel giorno dell'accesso convulsivo da 36,1° a 39,1°; nel secondo giorno salì a 40,5°; nel terzo a 40°; nel quarto in cui si notò un miglioramento la temperatura tornò a 37,8°.

L'Autore finisce coll'ammettere, contrariamente alle asserzioni di Nothnagel, che si diano iperemie cerebrali a forma febbrile, e che le iperemie dei dementi paralitici siano di tale natura, e col credere probabile doversi queste forti elevazioni di temperatura ad alterazioni di quei punti del cervello in cui Hitzig, Eulenburg e Landois ammettono aver sede una ben spiegata influenza sulla funzione vasomotoria e termogenica.

L'Autore finisce poi colle seguenti conclusioni:

1° Le elevazioni di temperatura nelle fasi di aggravamento della paralisi progressiva sono ordinariamente legate a processi congestivi cerebrali;

2° Lo stato febbrile è da attribuirsi specialmente all'influenza che possono esercitare sui centri nervosi questi cangiamenti nel circolo, perchè senza ricorrere ad un elemento così spostabile come è quello della quantità del sangue, non si saprebbe altrimenti spiegare la transitorietà degli effetti e quindi il rapido ritorno alla temperatura normale.

3° La causa di questa elevazione di temperatura deve riporsi in una paralisi dei centri termogenici cerebrali, determinata dall'impedita nutrizione, dalla pressione esercitata dal sangue affluente o ristagnante in copia e dalla presenza nel sangue di un eccesso d'acido carbonico.

La sfigmografia negli alienati; di TAMBURINI A. (Comunicazione fatta al 2° Congresso della Società Freniatrica Italiana). Milano 1877.

Si attribuisce al Wolff l'avere constatato collo sfigmografo che negli alienati è caratteristico il polso *tardo*, che per altro sarebbe anche proprio dei nevropatici.

Nei pazzi e nei nevropatici il tracciato sfigmografico rappresenta il polso *celere* e *tricroto*, mentre nei sani rappresenta il polso *tardo*, *piano*, *dicroto* o *monocroto*.

Ciò dipenderebbe da che nell'individuo sano l'arteria dopo essere dilatata nel tempo della sistole cardiaca, si contrae energicamente nel momento in cui cessa la *vis a tergo*, e questa contrazione immediata, energica viene disegnata nel tracciato sfigmico come una brusca discesa, e quindi l'apice della curva rappresenta un'angolo acuto (polso celere). Negli alienati invece si riscontra il polso tardo perchè le pareti dell'arteria non sono pronte a contrarsi appena cessata la *vis a tergo*.

Il fatto si spiegherebbe ammettendo una paresi vaso-motoria. Il polso tricroto poi nel sano sarebbe dato da una triplice oscillazione sulla linea di discesa della curva sfigmica, oscillazione alla produzione della quale concorrono due fattori:

1° L'elettricità e l'attività muscolare propria delle pareti arteriose;

2° La ripercussione dell'ondata sanguigna sulle valvole semilunari aortiche.

Ora se l'attività propria delle pareti arteriose sia per un'alterazione vaso-motoria (paresi) diminuita, dovranno mancare nella linea di discesa una o anche tutte le oscillazioni di ripercussione, ed il tracciato darà allora il polso dicroto o monocroto. Sarebbe poi nella pratica dimostrato, dietro i fatti riconosciuti dal Wolff, che una malattia mentale non si può ritenere guarita sinchè si conserva il tipo di polso tardo, e che individui apparentemente sani, ma che offrono il polso tardo, mostrano una predisposizione alle nevropatie o in genere una precoce senilità.

L'Autore pertanto intraprese una nuova serie di studi agli scopi seguenti:

1° Rintracciare i caratteri grafici del polso, tanto della radiale quanto della carotide, secondo le diverse forme principali delle alienazioni mentali;

2° Determinare i rapporti, le analogie, ecc., dei tracciati sfigmici degli alienati con quelli propri delle altre malattie nervose e delle malattie di altri organi, specialmente del cuore e delle arterie;

3° Rintracciare le variazioni che subiscono le curve sfigmiche degli alienati per diverse influenze, e sopratutto per l'azione dei medicamenti che agiscono sul sistema nervoso, specialmente in confronto ai risultati ottenuti recentemente da Holden, Harrow ed altri, con questi mezzi, sui sani di mente.

Al punto a cui sono ora le ricerche dell'Autore non gli è stato possibile di ottenere che i soli risultati seguenti:

Nei maniaci si ha costantemente il polso *tardo*, *piano*, ma di prevalenza anche *alto* e *frequente*, e di più irregolare, rispetto al policrotismo.

Nei *lipemaniaci* e nei *pellagrosi* in istato melanconico, specialmente poi in stato di *stupore*, si nota il polso *tardo*, *piano* o *rotondo*, ma ordinariamente *depresso* e *lento* e spesso *monocroto*.

Nei *paralitici*, come anche nei *dementi*, si ha il polso assai spiccatamente *tardo*, *piano* o *rotondo*, ordinariamente *irregolare* o *dicroto*.

Negli *epilettici* si ha ordinariamente il polso *tardo*, *piano*, che talora poi si ravvicina anche al *celere*; ordinariamente è *alto*, sopratutto nei primi momenti dopo gli accessi è anche *policroto*.

Nei *monomaniaci* ed in coloro che sono venuti a guarigione, il polso è *celere*; in quelli caduti in istato cronico il polso è *tardo*.

Nei *convalescenti* e sopratutto nei *guariti* il polso è spiccatamente *celere*.

Caso di nigrizia in un pazzo; di Fevre A. (*Annales médico-psychologiques*, 1877).

L'Autore asserisce che facilmente si trovano casi di pigmentazione esagerata fra gli ipocondriaci, i lipemaniaci, i dementi ed i paralitici,

ma che la nigrizia è assai rara. Egli ha potuto riscontrarla in certo S. P., antico cocchiere, di 72 anni, entrato nel manicomio di Dinan il 1° agosto 1873, affetto da demenza con paralisi generale, caratterizzata da indebolimento grandissimo delle facoltà intellettuali e da grande prostrazione di forze. Dopo tre giorni l'Autore s'accorse che l'infermo avea la pelle delle palpebre assai scura, sicchè fu preso tale coloramento per una leggera ecchimosi. Tale coloramento bruno divenne più rimarchevole, si allargò su ciascuna palpebra, si andò fondendo in maniera simmetrica, estendendosi alla parte superiore dei pomelli delle gote ed alla regione dorsale del naso. Col tempo la colorazione si rese più forte, e l'ammalato prese l'aspetto bizzarro e strano che richiamava alla mente il tatuaggio in uso presso i capi di alcune tribù dell'America. Nel frattanto lo stato generale dell'infermo era lodevole, le funzioni normali, le palpebre non infiammate nè edematose, la funzione dei bulbi oculari era normale. Dopo circa quindici giorni il coloramento cominciò a rischiararsi; i margini delle macchie si resero meno spiccati in confronto alla tinta della pelle normale, e dopo dieci giorni di tale coloramento non restarono più traccie.

Dopo aver escluso che siffatto coloramento fosse portato da alcune affezioni cutanee che prende in rivista, e cioè: dal *melasma*, dalla *pityriasis nigra*, dal *chloasmo*, da *chromidrosis*, l'Autore confessa che lo studio della nigrizia e di altre anomalie cutanee è ancora pieno d' incertezza. Si è veduto che in alcuni stati morbosi cronici, per lo più dopo alcune malattie, prodursi una grande quantità di pigmento che si manifestava con una colorazione più o meno forte di alcune parti della pelle (insolazione cronica, eritema pellagroso, ipocondria, lipemania, disordini mestruali, menopausa, gravidanza, indebolimento generale della costituzione, eresipela migrante, applicazione di vescicatori, vecchie ulceri, lesioni organiche o traumatiche dei nervi, ecc.). Tali fenomeni si sono veduti anche in seguito ad alcune emozioni morali.

Secondo Colin in alcuni stati morbosi il sangue contiene pigmento in considerevole copia; pigmento che esiste allo stato libero o rinchiuso nei leucociti. Tale materia colorante può penetrare nell'intimità dei tessuti.

La pigmentazione, secondo Rindfleisch, dipende da ciò, che alcune cellule posseggono o acquistano sotto certe condizioni, come l'età, la debolezza e diversi stati patologici, la proprietà di sottrarre dallo siero le materie coloranti disciolte e di condensarle nel loro interno. I corpuscoli pigmentari derivano tutti da una sola materia colorante: l'ematina dei globuli sanguigni.

Nelle alterazioni nutritive, consecutive alle affezioni dei nervi, si trovano esempi di pigmentazioni anormali. Fra il sistema nervoso e la cute esistono relazioni assai strette. Si conosce già che il colorito della pelle della rana può essere modificato per influenza di sezioni e di irritazioni dei nervi, e ciò avviene per certi disturbi di circolazione che influiscono

a portare una modificazione nello stato di dilatazione o di contrazione delle cellule pigmentarie. I nervi vaso-motori hanno in ciò una gran parte. Secondo Pouchet le cellule cromatofore o cromatoblaste di alcuni rettili sarebbero sotto la dipendenza diretta immediata del sistema nervoso. L' Autore, seguendo l'opinione di Mougeot, crede che l' esagerazione del pigmento sia un sintoma delle malattie essenziali ed indeterminate del sistema nervoso, e che s' incontri nelle diverse varietà di malattie mentali, le quali sono essenzialmente debilitanti.

Tre casi di clitrofobia; di Raggi A. (*Rivista clinica di Bologna*, 1877).

Come il Westphal mise in vista quell' aberrazione istintiva che nominò *agorafobia*, per la quale chi ne è affetto ha in orrore i luoghi aperti e spaziosi, non può attraversare una piazza, ecc., così l' Autore chiama l'attenzione dei freniatri sopra un'alta aberrazione, che si potrebbe opporre alla descritta, e che egli chiama *clitrofobia* da κλεῖθρον *clausum* e φοβέω *timeo*, per la quale i soggetti che ne soffrono hanno in orrore di trovarsi in luoghi chiusi o di difficile e contrastata uscita. L' Autore riporta tre storie in cui questa aberrazione trovavasi assai rimarchevole.

Nella *prima* si parla di un certo B. di 80 anni, che soffriva di melanconia, e che diceva di sentire un' orrore inesprimibile per i luoghi chiusi. Egli avrebbe finito per uccidersi, se per avventura si fosse trovato chiuso in un luogo dal quale non potesse uscire. Essendosi compromesso in politica, fu in procinto di essere carcerato e fu suo primo pensiero di pregare il medico che lo curava a voler attestare presso il direttore delle carceri il suo difetto perchè, una volta rinchiuso, fosse tenuto a bada affinchè non commettesse qualche eccesso. Fu chiuso un dì da un suo nipotino nella latrina, e stentandosi ad aprire l'uscio, diede in furie e quasi lo abbattè. Il suo padrone di casa fece mettere un cancello in capo alla scala per guardarsi dai ladri. Una notte, B. pensò di essere per tal modo chiuso in casa e di non poter uscire a piacimento. Si alzò nella più grande smania, si portò al cancello, e non fu calmo finchè non vide che si poteva aprire dall'interno.

Nella *seconda* storia è narrata come certa signora C. di 40 anni allorchè per accidente si trovava in luogo donde non avrebbe potuto andarsene, sì per divieto e per materiale ostacolo, veniva presa da accessi di vera disperazione, che non finivano se non otteneva la libertà desiderata. Il suo padrone di casa volle si tenesse chiusa la porta di casa per maggior sicurezza. Essa ogni notte si alzava, giacchè non poteva più dormire, spalancava le finestre e dava in ismanie disturbando tutti. Per renderla tranquilla si dovette ricorrere al padrone di casa, affinchè le permettesse di provvedersi di una chiave della porta da valersene a piacimento. Il suo desiderio fu soddisfatto, ed essa potè per lo innanzi dormire i suoi sonni tranquilli, tenendosi la chiave suddetta sotto il guanciale.

La *terza* storia riguarda certo D. R., di 20 anni, degente nel Manicomio di Bologna, pittore, che fin da bambino dimostrò un carattere biz-

zarro, e più avanti si fece melanconico e taciturno. Egli dormiva sempre a finestre spalancate per la ripugnanza che aveva di stare in luogo perfettamente chiuso, ed usciva spesso di notte onde respirare aria libera nei luoghi spaziosi ed aperti. In un concorso di pittura, che si diede in luogo chiuso, egli fu preso da irresistibile bisogno di libertà, e fuggì per la finestra sui tetti delle case vicine, e da queste potè, non senza pericolo, discendere nella strada.

Dietro alcuni dispiaceri si fece più strano e melanconico, e sentì più vivo il bisogno di fuggire di casa, di passeggiare per la campagna di nottetempo. Cadde in un delirio di persecuzione e fu messo nel Manicomio. Potè fuggire dallo stabilimento, che era allora in costruzione, ma non tardò a rientrarvi allucinato ed in preda al solito delirio di persecuzione ed all'avido desiderio di stare all'aperto. Egli cercava quindi di rimanere quanto più gli era possibile nei cortili dello stabilimento, e di continuo stava in guardia agli usci ed alle finestre, nella speranza di trovare una volta o l'altra il varco aperto alla fuga. Messosi più quieto, si accinse a fare un ritratto, ma l'opera sua bene incominciata non potè andare a termine, perchè un giorno, durante una seduta, fu preso d'improvviso dalla smania di fuggire dalla finestra.

Ora si trova in condizione di demenza cronica.

L'Autore ritiene che la *clitrofobia* non sia molto rara, che possa anche costituire una monomania a sè come l'*agorafobia*, ma che si associ più spesso ad altre forme di pazzia e si trovi poi specialmente nei soggetti nervosi eccitabili. Essa è l'espressione di un sentimento di libertà esagerata, che si rende più vivo in ragione diretta degli ostacoli che tendono a limitarla ed a reprimerla. La sede anatomica di tale fenomeno probabilmente sarebbe riposta nella sostanza bianca, dove, secondo Lussana e Lemoigne si troverebbero i centri di innervazione *istintiva*. La prognosi sarebbe sempre riservata. La cura è difficile perchè non si ritiene conveniente di tentare la repressione del desiderio esagerato di libertà con sistemi curativi a base di una restrizione troppo rigorosa. Perciò la *clitrofobia* semplice non è da curarsi negli stabilimenti soggetti a regole disciplinari. Gli individui che presentano siffatta affezione abbisognano di luoghi di dimora spaziosi e bene aereati, come si indicano a cura della malattia di Krishaber, ed hanno bisogno di una vita quieta e tranquilla, lontano dalle noie degli affari, dalle occupazioni mentali e possibilmente dai rumori delle città popolose.

Se alla clitrofobia si associano turbamenti psichici che rendano l'individuo che ne è affetto pericoloso, è necessario che questi si conduca al Manicomio. Però in questi stabilimenti siffatti infermi sono per lo più agitati, e tentano costantemente di fuggire. Un manicomio ben costruito può presentare però sufficienti provvedimenti di sicurezza, e rendere all'infermo meno penosa la sua reclusione. Alla coercizione ed alla severa custodia devesi preferire un trattamento speciale, il quale permette al-

l'infermo quella maggior libertà possibile che si può concedere nei manicomj.

Il chiarissimo prof. Verga riconosceva nella *clitrofobia* una vera forma clinica di malattia mentale, e ne faceva argomento di una sua comunicazione all'Istituto Lombardo di scienze. Egli preferirebbe di chiamare questa malattia col nome di *claustrofobia*, e sarebbe d'opinione che la lesione materiale da cui dipende, abbia piuttosto sede nella sostanza grigia corticale. Esprime pure il sospetto che si accompagni talora a disturni circolatorj in rapporto con affezioni cardiache.

Pazzia associata e comunicata; di Lasègue e Falret. (*Annales médico-psychologiques*, 1877).

Ammettono gli autori che l'alienato, qualunque sia la forma di pazzia che presenta, non resti convinto della erroneità del suo delirio per virtù di argomentazioni, e neppure abbia potere contagioso sulle persone veramente sane, almeno nella loro maggioranza. Chi assiste l'alienato in queste condizioni, sa resistere alla pericolosa influenza dell'imitazione: però vi sono dei casi in cui la scissione fra l'alienato e chi gli è famigliare non è così formale, e si può avverare che questi soggiaccia alla influenza di quello. Ciò non si avvera nelle forme più intense della pazzia nè nelle forme sensoriali, ma in quei casi in cui il malato si mantiene nel mondo delle congetture e delle interpretazioni, e la correzione dei suoi errori diviene impossibile. Bisogna inoltre che colui che assiste il pazzo e ne subisce l'influenza aspiri alla realizzazione di uno scopo, che dalla stessa forma di pazzia si fa intravvedere facilmente conseguibile. In colui che resta influenzato dal pazzo si verificano per lo più tre condizioni distinte, e cioè: una debole intelligenza; una convivenza intima e costante coll'ammalato; una attrattiva interessata a seguire le sue aberrazioni.

I fanciulli possono molto facilmente subire l'influenza del delirio dei pazzi. Gli autori riportano tre osservazioni di bambine, delle quali una era costretta a vivere colla zia pazza, le altre colla madre, e che rimasero affette da delirio di persecuzione e da allucinazioni.

Non è così facile la trasmissione della pazzia da un soggetto giovine ad un individuo attempato, meno adatto alla convinzione ed alla persuasione reale di ciò che il pazzo asserisce. Gli autori dopo avere esposte le condizioni che permettono la trasmissione della pazzia fra persone adulte, riferiscono quattro storie assai istruttive di pazzia comunicata, delle quali in succinto noi riporteremo una sola, che è abbastanza interessante.

« La signora X... di 66 anni esercitava l'arte di levatrice in una città « di provincia. Per la sua età e per aver perduto l'impiego, rimase da « 5 anni in ristrettezze con sua figlia, giovine di 28 anni, di statura me- « dia, di spirito vivace, ma di intelligenza limitata, sebbene fosse in pos- « sesso di un diploma da maestra d'ultima classe, che però non le diede « mai profitto alcuno. Le due donne si ridussero in breve all'estrema

« miseria, e soccorse dalla carità privata e municipale, col piccolo pe-
« culio di 40 franchi furono inviate a Parigi per cercarvi fortuna. Che
« cosa mai poteva indurle a questo cambiamento di domicilio? La fi-
« gliuola era entrata nella convinzione che loro spettasse in parte l'ere-
« dità di certo Dubois, dovuta già ad uno zio, fratello della madre, e
« questa era entrata nella persuasione della figlia. Ecco per quale lavoro
« morboso della mente la ragazza si credeva in diritto di sperare una
« fortuna migliore per l'avvenire. Quel parente, che era un gendarme in
« ritiro, aveva fatto testamento. A che l'avrebbe fatto, se non avesse
« avuto sostanze? Della cosa non si venne mai in chiaro; dunque si
« aveva interesse di tenere nascosti i documenti. Le idee di persecu-
« zione erano da attribuirsi alla figlia, dotata di maggiore immaginativa.
« Le due donne asserivano che un certo M. R., persona del tutto
« indecisa, e ritenuto siccome addetto ad un seminario, aveva fatto dir
« loro a mezzo di una donna, che non poteva essere altro che manda-
« taria di lui: *andate ad accertarvene*. Su di questa frase enigmatica
« si fecero mille congetture per quasi un'anno, poi le due donne si de-
« cisero ad agire. La madre si porta da certo M. C., uomo d'affari, che
« doveva aver conosciuto il parente ed essere incaricato di regolare la
« successione. Essa pretende che le dia danaro in acconto, non solo non
« ottiene il suo intento, ma è messa alla porta, dopo essersi sentita a
« dire che le sue pretese non hanno l'ombra del fondamento. La figlia
« scrive una quantità di lettere a costui, senza ottenere risposta, e si
« convince sempre più della giustizia delle sue pretese. A questo punto
« erano le cose, allorchè le due donne partirono per Parigi. La padrona
« della locanda dove le due donne andarono ad alloggiare sembrava par-
« tecipare al loro delirio, giacchè per commiserazione e per la fiducia che
« in lei stessa entrò che per quelle disgraziate si preparasse un migliore
« avvenire, le avea tenute in casa ed alimentate, facendo loro credito
« per quasi 100 franchi. Questa generosità della locandiera valse sempre
« più a persuadere le due donne che esse erano considerate come vere
« ereditiere, giacchè per quale ragione sarebbero trattate con tanta de-
« ferenza da colei? Ma non ottenendo risposta da quelli a cui avevano
« indirizzato le loro domande, esse pensarono di essere vittime di una
« congiura. Di qui il delirio di persecuzione nel quale le due donne cad-
« dero, e che si generalizzò a poco a poco. »

In altre condizioni l'individuo vecchio in preda a delirio esercita la sua influenza sopra il giovane, e ciò avviene forse più comunemente. L'Autore riassume il suo lavoro nelle seguenti conclusioni:

1° Ordinariamente il contagio della follia non ha luogo da un'individuo pazzo ad un sano, com'è pur difficile il contagio delle idee deliranti da un alienato ad un altro;

2° Il contagio della pazzia non è possibile che in condizioni eccezionali, che l'Autore studia nella forma di pazzia che chiama *pazzia associata* (folie à deux);

3° Tali condizioni possono così riassumersi:

a) Uno dei due individui è l'elemento attivo, più intelligente dell'altro, crea il delirio e l'impone al secondo, che è l'elemento passivo. Costui sulle prime resiste, poi subisce a poco a poco la pressione del compagno, reagendo contro di questi con una certa misura, per rettificare e coordinare il delirio che diviene allora comune.

b) Per arrivare a ciò bisogna che questi due individui vivano per lungo tempo in comune, abbiano lo stesso ambiente, la stessa maniera di esistenza, gli stessi sentimenti ed interessi, gli stessi timori e le stesse speranze, e siano al di fuori di ogni altra influenza esterna.

c) La terza condizione si è che il delirio abbia il carattere della verosimiglianza, che stia nei limiti del possibile, che riposi sopra fatti avvenuti in passato, o sopra timori e speranze concepite per l'avvenire.

4° La *pazzia associata* si produce sempre colle tre condizioni suddette, e tutte le osservazioni presentano dei caratteri uguali se non quasi identici nell'uomo e nella donna, come nel fanciullo, nell'adulto e nel vecchio;

5° Tale varietà di pazzia è più frequente nella donna, ma si osserva anche nell'uomo;

6° Si potrebbe fare intervenire nella sua produzione l'ereditarietà come predisposizione, trattandosi di due persone di una stessa famiglia; ma tale cagione non può essere invocata in quei casi in cui mancano i vincoli di parentela, come, per esempio, quando la malattia si produce fra marito e moglie;

7° La principale indicazione terapeutica consiste nella separazione dei due ammalati. Accade che l'uno di essi, sopratutto il secondo, possa guarire;

8° Nella maggioranza dei casi il secondo infermo è meno ammalato del primo. Può essere talora considerato come se avesse subito una semplice pressione morale passeggera, e non come un vero pazzo. Perciò in tal caso non occorre sia rinchiuso, mentre l'altro si mette al manicomio.

9° In qualche raro caso la pressione morale esercitata da un pazzo sopra un altro individuo, più debole di lui, può estendersi ad una terza persona e ad altre. Basta togliere il pazzo attivo dai compagni, perchè costoro abbandonino tosto le false idee che loro aveva comunicato.

Le idee fisse; di Westphal. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1877).

Sono per l'Autore idee fisse quei concetti che si formano in una intelligenza intatta, s'impadroniscono dell'infermo contrariamente alla sua volontà, non si lasciano vincere malgrado ogni sforzo dello stesso, e sviano il pensiero della sua normale direzione. L'anormalità di queste idee è riconosciuta pienamente dal paziente, il quale lotta contro di esse colla sua coscienza rimasta sana. La natura di tali concetti è variabile; spesso è assurda e priva di ogni relazione coi pensieri antecedenti, a tale che lo stesso soggetto che presenta siffatto disturbo mentale non sa dar-

sene ragione. Così, per esempio, una persona può entrare nell'idea di affidare allo scritto cose che potrebbero condurlo in istato di accusa. Legge in un giornale che è stato commesso un delitto, e gli salta in mente che potrebbe scrivere di esserne stato egli stesso l'Autore, e che sarebbe facile perdere poi questo scritto o lo si potrebbe trovare in suo possesso. Un cassiere accuratissimo può essere tormentato giornalmente e per anni del dubbio di potersi essere ingannato contando dei biglietti di banca, ecc.

Talora queste idee sono di natura insignificante od oscena.

Questi ammalati generalmente sono intelligenti, spesso assai colti, ed in coloro che li attorniano non hanno mai provocato sospetto di essere infermi. Continuano nelle loro occupazioni abituali per timore di essere creduti pazzi, e non rivelano ad alcuno il loro stato, fino a che poi confidano le loro sofferenze ad un medico di loro piena confidenza.

Spesso si tratta di una sola idea fissa che dura degli anni, altre volte dopo un dato tempo una di tali idee è sostituita da un'altra, e spesso anche idee fisse diverse vanno alternandosi. È importante sapere però che queste idee non si trasformano mai in concetti deliranti, simili a quelli dei deliri sistematizzati. Sembrano invece al paziente cose assurde ed estranee.

Non è raro che questi soggetti accusino un senso di ansietà, ma questo non è da prendersi per quello stato di angoscia che si riscontra nelle forme melanconiche ed ipocondriache. Tale ansietà in alcuni risulta dall'essere forzati a pensare di continuo sempre alle stesse cose, oppure dalla natura stessa della cosa a cui debbono rivolgere la mente, perchè ripugnanti od oscene, ecc. In seguito delle idee da cui sono presi, questi infermi commettono talora atti puerili ed insensati. Molti possono trattenersi, altri presentano corrispondenti disordini nella sfera motrice, sia che alle loro idee segua un impulso irresistibile, sia che restino impediti di agire.

La malattia comincia per lo più d'improvviso, essendo la salute eccellente. Si può confondere coll'ipocondriasi. Si complica talora coll'epilessia. È propria dei due sessi e di ogni età; può datare fino dalla prima infanzia; può guarire, ma la recidiva è facile. Ha talora fasi di miglioramento e di aggravamento, mai un corso continuo Se la guarigione è troppo sollecita è da dubitarsi che sia duratura. Si vede tale malattia in quelle famiglie in cui sono comuni le nevrosi e le frenosi. Il soggiorno del manicomio non è molto indicato a mezzo di cura, sibbene le distrazioni, il viaggiare, ecc.

Se l'afasia possa considerarsi quale sintomo delle lesioni dei lobi frontali di Frigerio L. (Pesaro, 1877).

L'Autore studia il valore del rapporto che si ammette esistere fra l'afasia e la lesione dei lobi frontali, e dichiara che non sempre i fatti corrispondono alla teoria localizzatrice della facoltà del linguaggio. Contro i fatti che sono stati pubblicati a sostegno della teoria suddetta, l'Au-

tore pubblica cinque osservazioni, in cui si avea la lesione cerebrale localizzata al lobo frontale destro o sinistro, o ad ambedue contemporaneamente, senza corrispondente lesione della facoltà del linguaggio. In una seconda serie di osservazioni è notevole il fatto di talune lesioni rinvenute corrispondentemente al lobo frontale sinistro, con alterazioni del linguaggio, da attribuirsi, piuttostochè alle lesioni suddette, a paralisi del nervo facciale, il quale, per ciò che ne dice anche lo Schultze, avrebbe un potere coordinatore nell'articolazione delle parole. Tale alterazione sarebbe adunque di ordine meccanico o fonetico.

Un ultimo caso di afasia vera è narrata dall'Autore, in cui all'autopsia si trovarono le seguenti alterazioni. Al lobo occipitale, in corrispondenza della circonvoluzione angolare, si trovava un abbondante stravaso sottoaracnoideo. La sostanza grigia di tale regione era rammollita, gialliccia. I suoi elementi istologici in via di decomposizione (mielina, adipe e detriti). Il talamo ottico destro aveva quasi doppio volume del sinistro.

A spiegare l'afasia per irradiazione dal lobo posteriore all'anteriore non sembra, secondo l'Autore, che il fatto narrato si presti a tutto rigore, giacchè tale irradiazione potrebbe farsi in corrispondenza di altre località, centri esse stesse della facoltà del linguaggio.

Conclude che non sempre risulta che l'afasia è in rapporto con qualche alterazione dei lobi anteriori del cervello, che vuolsi nei localizzatori delle facoltà del linguaggio grande prudenza nel concludere sopra le risultanze sperimentali anche ripetutamente ottenute.

Sullo stato frenopatico dell'uomo nella rabbia, di Emminghaus. (*Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, 1874).

L'Autore ha potuto fare le sue osservazioni sopra 142 casi di rabbia e studiare i fenomeni frenopatici che presenta questa malattia nei suoi prodromi e quando è confermata. I fenomeni prodromici non hanno nulla di caratteristico, ma possono osservarsi anche in altre malattie, come l'insonnia e la melanconia. La melanconia comincia spesso con presentimenti sinistri ed i malati annunziano il loro fine prossimo. Tale presentimento della morte non risulta però, come si potrebbe credere, dal ricordo e dal timore della morsicatura. Molti ammalati osservati dall'Autore non erano impressionati dalla morsicatura del cane che essi ritenevano essere stato sano. Sopra 27 bambini affetti da rabbia, 6 avevano presentato i sintomi della melanconia, ed in essi non esistevano certamente il ricordo o il timore della morsicatura. Si può affermare trattarsi invece di una grave affezione cerebrale in rapporto colla denutrizione del cervello Ciò è provato dall'essere la tristezza più intensa il mattino dopo l'astinenza della notte, che decresce dopo il primo pasto e più ancora dopo il pranzo, e che può sparire completamente la sera, per riprodursi nel mattino successivo. Da questa denutrizione del cervello nasce il delirio.

L'assieme dei sintomi da principio simula qualche volta i disturbi nervosi delle affezioni febbrili, ed insieme a questi sintomi, che non hanno

nulla di specifico, si presentano spesso i primi indizi della natura della malattia, la costrizione dolorosa della gola, la disfagia e la dispnea.

Il complesso dei sintomi della rabbia confermata è in rapporto con lesioni del sistema nervoso periferico spinale e cerebrale. Predomina una grande irritabilità riflessa, che, cominciando alla faringe, si estende a tutto il sistema nervoso. L'iperestesia riflessa mette in giuoco lo stato convulsivo di tutti i nervi che si estendono dalla midolla allungata alla estremità della spina. Le modificazioni nel diametro delle pupille, l'alternarsi del rossore e del pallore della faccia, il sudore copioso, i battiti di cuore, il tenesmo, ecc., indicano l'intervento del gran simpatico. La sintomatologia cerebrale che comprende i disordini del sentimento, delle idee e della volontà, non s'adatta ad alcuna forma ordinaria di pazzia. L'instabilità del carattere, la rapida trasformazione dell'insieme dei fenomeni psichici, ricordano alcune forme di isterismo. Sotto certi rapporti il quadro del disordine intellettuale rassomiglierebbe assai a quello di certe nevrosi dell'età media. I parossismi della rabbia hanno qualche rapporto colle forme transitorie della pazzia, perchè presentano brevi e frequenti disordini della coscienza.

La frenosi epilettica; di Skae e Clouston. (*Le Mental Science*, 1874).

L'epilessia nell'infanzia arresta lo sviluppo dell'encefalo, perciò gli autori non parlano che dell'epilessia e dei suoi disturbi mentali nell'adulto, il quale allorchè impazzisce dopo una epilessia di lunga data, diviene maniaco o monomaniaco o demente.

Gli accessi maniaci dell'epilettico hanno il carattere impulsivo e si accompagnano ad inauditi atti di violenza. Sono pure notevoli le bizzarrie che si veggono in questi infermi. Un epilettico, p. es., aveva l'abitudine nei momenti del suo esaltamento di parlare sui padri della chiesa con un tono di falsetto acutissimo, indi alla prima occasione si precipitava sopra uno degli assistenti vicini, dandogli un calcio nei testicoli e cercando di gettarlo a terra e di strappargli gli occhi. Un altro camminava tenendo la testa in basso ed i piedi appoggiati al muro. Gli accessi maniaci degli epilettici possono durare da poche ore fino ad una decina di giorni.

La monomania degli epilettici presenta più di sovente la forma omicida, più raramente la suicida. Si osservano pure di frequente in essi degli ingiusti sospetti e dei desideri chimerici. È notevole il trovare assai spesso in essi un delirio di carattere religioso, che s'accompagna spesso a tendenze omicide. Alcune sette religiose hanno avuto a fondatori degli epilettici ispirati. Così le visioni di Anna Lèe hanno formato la religione degli Shakers; il delirio di Swedenborg ha fatto nascere uno scisma assai diffuso in Isvezia ed in Inghilterra, e lo stato epilettico del fondatore dell'islamismo è chiaramente dimostrato. L'importanza medico legale dell'impulso omicida degli epilettici è da tutti conosciuta. Le allucinazioni di tutti i sensi sono più frequenti nella frenosi epilettica che nelle altre. Prima degli accessi e negli intervalli degli accessi i malati

veggono dei corpi luminosi od oscuri. Le allucinazioni visive sono chiarissime; quelle dell'udito intensissime a tale da molestare ed inquietare assai il malato. Sono rappresentate da colpi di tuono, da scariche di artiglieria, ecc. Alcuni delitti per i quali infelici epilettici furono puniti, furono commessi sotto l'influenza delle allucinazioni. Gli autori credono che l'aura epilettica non sia altro che una allucinazione delle sensazioni interne. L'aura si nota tanto nel vero accesso quanto nel così detto piccolo male. Si ha pure senza l'accesso. In tutti i casi si può presentare l'impulso omicida o suicida.

Qui gli autori narrano di un uomo che aveva un'aura, che partendo dal piede produceva senso di costrizione al petto, perdita momentanea di conoscenza, qualche movimento involontario degli arti. Questo ammalato non aveva idee deliranti, nè aberrazioni intellettuali, ma era soggetto ad impulsi irresistibili. Un giorno tenterà di annegarsi; un altro giorno inveisce contro le persone, in seguito avea giornalmente delle allucinazioni visive; leggeva ad alta voce un lungo paragrafo di un giornale immaginario. Questo ammalato non avendo delirio, e discernendo il bene dal male, sarebbe stato ritenuto responsabile in faccia alla legge, se mai avesse commesso un omicidio sotto l'influenza di questo impulso epilettico.

La demenza epilettica ha, come le altre forme d'indebolimento, le sue effervescenze caratteristiche, le sue cieche ed impulsive violenze, ed offre in modo più o meno distinto le solite allucinazioni.

Paralisi generale; di FALRET J. (*Annales médico-psychologiques*, 1877).

Dopo i lavori di Delaye, di Bayle, di Calmeil, lo studio della paralisi generale si è considerevolmente esteso, sicchè l'argomento della paralisi generale, secondò Falret, dovrebbe essere rifuso. Così rispetto alla *durata della malattia*, mentre si credeva in passato che oscillasse fra i sei mesi ed i tre anni, oggigiorno si ammette che presenti la più grande varietà. Può cioè presentarsi un andamento così rapido da costituire veri casi di paralisi generale *acuta*, o durare invece sino cinque a dieci anni, assumendo una forma *cronica*. Un altro fatto importante è quello delle *remissioni*, giacchè si ammetteva una volta che la paralisi generale fosse per regola progressiva e continua, malgrado presentasse alcuni parossismi, seguiti da brevi remittenze. Le remissioni si verificano in buon numero di casi, sebbene nella maggioranza di questi non si manifestinó, e tali remissioni non sono soltanto modificazioni nel grado dell'intensità della malattia, ma cangiamenti completi, da considerarsi talora siccome vere guarigioni. Gli infermi di questa fatta conservano un po'di indebolimento mentale ed alcuni sintomi fisici, ma a prima vista sembrano guariti. Ciò ha somma importanza teorica e pratica, specialmente dal lato medico legale. Un terzo punto che merita seria considerazione è quello della *varietà di forme della paralisi generale*, che in passato si diceva presentarsi sotto una forma sola, con andamento e sintomi iden-

tici, e cioè: mania ambiziosa, esaltamento maniaco, demenza, accessi congestivi, paralisi delle estremità inferiori, inceppamento di loquela, piaghe cancrenose ed esito finale. Oggi non si può più affermare che questa sia la forma unica di paralisi generale. Questa malattia presentasi con diverse forme o varietà. In una prima categoria si debbono mettere tutti i malati affetti da quella forma che dicesi: *paralisi generale semplice* o senza *delirio*, nella quale predominano i fenomeni paralitici sopra i sintomi psichici. I malati possono restare lungo tempo (alcuni anni) in questo stato, e sopraggiunge l'indebolimento mentale, senza che in antecedenza apparisca il delirio.

Una seconda forma è la *midollare*, descritta da Westphal e da Magnan La malattia incomincia con sintomi midollari, con l'atassia locomotrice, l'amaurosi e le alterazioni dei nervi cerebrali. Seguono poi i sintomi della paralisi generale. Alcuni di questi infermi raggiungono la paralisi generale semplice sopra indicata, altri incontrano la forma tipica. In questo caso sopravviene il delirio acuto, insorgono convulsioni e l'infermo presto muore.

La terza varietà è rappresentata dalla forma *epilettica*, difficile a distinguersi dalla epilessia ordinaria. È caratteristico di questa malattia il prodursi degli insulti epilettici ad età già avanzata. Il bromuro di potassa giova in questi casi come nell'ordinaria epilessia. I malati che presentano questa forma possono rimanere a lungo in questo stato. Essi hanno degli attacchi ripetuti ad intervalli, qualche volta lunghi; solo si nota in essi una decadenza mentale più grande e dei disordini mentali più gravi di quelli che sono inerenti all'epilessia ordinaria. Appaiono finalmente i sintomi della paralisi generale.

Una quarta varietà di paralisi generale è rappresentata dalla *forma melanconica*. Non deve confondersi questa forma collo stadio di melanconia che si osserva al principio della forma comune, nè col periodo melanconico della forma circolare della paralisi generale. In questa forma la melanconia dura per tutto il corso della malattia. Si tratta di una lipemania con concetti deliranti particolari, e sopratutto di una lipemania a delirio ipocondriaco, descritta la prima volta da Baillarger. Il malato dice di avere la testa di ferro, la testa di cavallo o di altro animale, non ha più gola, non ha più stomaco nè ventre; i suoi condotti naturali sono chiusi. Rifiuta il cibo ostinatamente, e mostra una speciale ripugnanza per la carne. Da ciò il suo dimagramento, reso anche più grave da una lesione profonda della nutrizione, per la quale egli può dimagrare anche mangiando molto. Aumentano le urine quantitativamente. Si ha la sovrabbondanza che è propria della poliuria, ma si constata ancora un eccesso di urea, senza zucchero. Questi disturbi conducono rapidamente alla profonda cachessia, ed alla produzione delle escare. Però, ciò che è curioso, questo stato, che può durare diversi mesi ancora, non termina sempre colla morte; spesso infatti si produce un miglioramento rapido ed anche si ha la guarigione.

Secondo Falret dovrà tosto o tardi prodursi una nuova teoria, la quale potrà raggruppare tutti i fatti. Forse questa teoria conciliatrice sarà basata sullo studio anatomo-patologico della malattia. Già Luys ha dimostrato che la paralisi generale dipende da una specie di sclerosi cerebrale; ora, non potrebbe questa sclerosi mostrarsi colle varietà che presenta la sclerosi della midolla? Ad ogni modo oggi è lecito affermare che non vi è una sola forma di paralisi generale: al più si può ammettere per le diverse varietà un sottostrato comune, a cui si legano dei sintomi svariati, che costituiscono delle vere malattie distinte.

Prime linee di una statistica delle frenopatie in Italia; di VERGA A. (*Archivio di Statistica*, 1878).

Nell'Italia continentale sopra ogni 100,000 abitanti esistono 170,79 pazzi. Tale proporzione è inferiore a quella della Scozia, dello Schleswig-Holstein, della Sassonia, dell'Islanda, della Danimarca, del Würtenberg e della Norvegia; è superiore a quella dell' Irlanda, della Francia, dell'Inghilterra, della Baviera, della Svezia e del Belgio. Eguaglia invece quella dell'Annover. La minor proporzione di pazzi spetterebbe al Napoletano. Vengono dopo in ordine crescente l'Umbria, Roma, il Veneto, l'Emilia, la Toscana, le Marche, il Piemonte, la Liguria, la Lombardia. Per ciò che riguarda la Lombardia e l'Umbria, l'Autore ha potuto constatare veramente l'aumento del numero dei pazzi confrontando l'ultimo censimento, sul quale basano i suoi studj, coi censimenti passati. In Lombardia nel 1855 si avevano 117,47 pazzi sopra ogni 100,000 abitanti; nel 1871 sopra questo stesso numero i pazzi erano in proporzione di 230. Nell' Umbria i pazzi nel 1860 erano in proporzione di 50,99 pazzi per ogni 100,0 0 abitanti, nel 1871 erano 130,09 pazzi sopra uno stesso numero di abitanti. Il sesso femminile è meno inclinato alla pazzia del maschile, giacchè il numero dei pazzi di sesso femminile sta a quello dei pazzi maschi come 73:100. Ciò è in contrasto con quello che asserisce Oesterlen: il quale dice, che da per tutto il sesso femminile figura più disposto alla pazzia che il sesso maschile. Poco disposte alla pazzia sono specialmente le donne nella Liguria, nelle Marche, nel Piemonte, nel Veneto e nel Napoletano: un po' più nella Toscana e nell'Emilia; più ancora nell'Umbria e nella Lombardia, e poco men disposte che i maschi nella Comarca Romana. I *frenastenici* (idioti ed imbecilli dalla nascita o dalla prima infanzia) stanno ai pazzi veri, o a coloro che incontrarono la pazzia nel corso della vita, come 16,275 a 24,000. Nel 31 dicembre 1874 esistevano nell' Italia continentale circa 41,000 pazzi. Di questi 12,210 erano rinchiusi nei manicomi, sicchè si può dire che di 40 pazzi 12 solo sono reclusi. La minima proporzione dei pazzi reclusi si verifica nel Napoletano, forse perchè vi mancano i manicomj; fra i reclusi prevalgono le donne nella Lombardia, nel Veneto, nell'Emilia, nella Toscana, ed a Roma. Studiando statisticamente le diverse forme di pazzia secondo la classificazione dall'Autore proposta, questi si propone di determinare il numero dei *frenastenici* nei manicomj. In tutto ne trova

827, che potrebbero essere contenuti in tre ospizj da erigersi nell'alta, nella media e nella bassa Italia. I *dementi*, che per la loro indole e fisionomia possono mettersi insieme coi *frenastenici*, sono 2902. I *pazzi ragionanti* nella Penisola si possono portare al 20 per cento e forse ancora più alto, comprendendo nelle forme ragionanti, oltre la *pazzia ragionante* propriamente detta, la monomania intellettuale, l'impulsiva, la melanconia semplice e la frenosi sensoria. Se nel conto si pongono anche molti individui affetti da frenosi ipocondriaca, epilettica, isterica, da pazzia circolare, ecc., la proporzione di quei pazzi che dai profani possono essere scambiati colle persone ragionevoli e sensate si eleva al 25-30 per cento. Le forme *maniache* sono nei manicomj più frequenti delle *melanconiche* di un buon terzo; il responso della statistica sarebbe forse stato diverso od anche opposto, se il censimento della forma morbosa si fosse potuto estendere anche ai pazzi liberi della Penisola. I *furiosi* sono in piccole proporzioni (822 in tutto), ciò che insegna come nei manicomj che si andranno costruendo il comparto ad essi destinato dovrebbe avere una capacità corrispondente al 7 per cento del totale dei ricoverati. La mania furiosa prevale nelle donne. Gli *allucinati*, una strana famiglia da cui uscirono eroi, martiri, santi ed assassini si mostra sul totale dei reclusi in numero di 465. La *mania pellagrosa* fa conoscere come la pellagra sia diffusa in quasi tutta la Penisola, non andandone immuni che il Napoletano, Roma e la Liguria. Le regioni più colpite sono il Veneto, poi a certa distanza la Lombardia, l'Emilia, le Marche ed il Piemonte. Dei due sessi il più flagellato è il femminile

La *frenosi epilettica* è rappresentata nei manicomj della cifra di 783 individui, l'*alcoolica* da quella di 207. Quest'ultima ci fa conoscere la debole proporzione degli alcoolisti in Italia, specialmente nelle regioni ove meglio prosperi la vite, in confronto di quella che si verifica in paesi settentrionali. Ciò prova ancora che i liquori sono molto più pericolosi alla umana intelligenza di quello che non sia il vino. Per ogni 100 uomini colpiti da *frenosi alcoolica*, si contano solo 10 donne. La *frenosi paralitica* (*paralisi generale degli alienati*), quasi sempre conseguenza dell'abuso della vita, va aumentando di proporzioni. Nei manicomj della penisola si contano 279 individui affetti da questa malattia. La Liguria figura a capo della lista; poi viene il Piemonte, indi la Toscana, le Marche, il Napoletano, la Lombardia, Roma, e finalmente il Veneto e l'Emilia. Appena un quarto dei casi si manifesta nella donna. La *frenosi senile* non abbonda nei manicomj, perchè pochi arrivano alla decrepitezza, e perchè questa demenza fisiologica si tollera in famiglia. Di questa forma esistono nei manicomj della penisola solo 138 casi. La *frenosi isterica* in uno alla *puerperale* costituiscono il 6 per cento delle alienazioni mentali della donna.

La cicuta nella cura della pazzia; di Kitchen. (*American Journal of insanity*, 1875).

Questo rimedio è stato esperimentato per un anno e mezzo nella cura

dei pazzi. L'Autore si è servito del succo di cicuta, preparato in Inghilterra, e dell'estratto. La dose del succo indispensabile a produrre effetti fisiologici varia da 4 a 30 grammi, secondo l'attività motrice dell'infermo. Gli uomini debbono curarsi con dosi più alte. L'estratto si dà in dose di 1 a 4 grammi. Si può constatare fisiologicamente per mezzo dell'osservazione termometrica o sfigmografica che la cicuta fa diminuire la temperatura ed il numero delle pulsazioni senza modificare quello delle respirazioni. L'effetto più rimarchevole consiste in uno stato di rilassamento del sistema muscolare, seguito tosto da riposo e dal sonno. Tale rimedio non agisce come ipnotico diretto sul cervello, come l'idrato di cloralio: il sonno risulta dalla sua azione rilassante sopra il sistema muscolare. Perciò la cicuta è anche stata raccomandata contro la epilessia. L'Autore ha somministrato tale rimedio ad undici epilettici di antica data e dementi, ma non ha potuto ottenere che una sola guarigione, sebbene negli altri infermi si sia ottenuto una diminuzione nel numero degli accessi. In molti pazzi agitati, affetti da mania e da melanconia acuta, il rimedio in discorso ha potuto conciliare un sonno riparatore, senza portare disturbi digestivi, e procurando per qualche giorno al pazzo un po' di riposo.

Contributo all'azione dei sali di chinina nelle frenosi intermittenti. di Venturi. (*Rivista sperimentale di freniatria*, 1877).

Per l'Autore i preparati di chinina e dei rimedi antiperiodici in genere gioverebbero in alcune forme di frenosi intermittenti che, manifestandosi in individui i quali avrebbero poco prima sofferto di febbri da infezione palustre, si potrebbero considerare quali forme di febbri larvate. Riferisce i seguenti due casi a prova del suo modo di vedere.

1° A. D. L. contadino, sofferse in gioventù presso all'età di 28 anni, febbri intermittenti. Preso da pazzia fu ricoverato nella Clinica di Padova il 10 aprile 1877.

La malattia datava da 4 anni circa e si manifestava con timore di essere avvelenato, con minaccie alle persone di famiglia, urli, schiamazzi, tentativi di nuocere a sè e ad altri. L'agitazione fu sempre ad intervalli più o meno lunghi, ad ognuno dei quali seguì un periodo di calma e di benessere perfetto. Nei primi giorni manifestò sensazioni penose all'epigastrio, al cuore; dolori di testa, vertigini, vuoto nel capo, globo isterico e senso come di una palla che ascendesse e discendesse lungo la gamba destra.

Dal 10 aprile a tutto maggio si mostrò agitatissimo. L'agitazione si accentuava la sera, durava tutta notte, e lo lasciava nella giornata spossato, dolente, desideroso di essere dimesso. Verso la mattina dormiva qualche ora; durante la giornata la sua mente non era completamente riordinata. La nutrizione che era già lodevole per le lunghe veglie e pel lungo agitarsi, andava deteriorando. Il 1° giugno disse di sentirsi dei brividi di freddo giornalieri generali, che duravano più di un'ora e lo la-

sciavano in peggiori condizioni. Il termometro per due volte notò nelle ore pomeridiane 38° 3|10, 38° 5|10, il polso dava 86-84 al minuto. Altre volte esaminato, il malato si mostrò senza febbre. L'area splenica era lievemente ingrandita. Fu sottoposto per due giorni alla cura del solfato di chinino, un grammo al giorno, poi alla somministrazione dell'acido arsenioso per 16 giorni. Dopo 8 giorni il malato cominciò ad essere meno agitato verso sera, ed il 29 giugno si licenziò guarito. Continua a stare benissimo.

2° L. T., di cattiva derivazione ha 22 anni, è ardito, allegro, buontempone. Fu esaltato diverse volte. Fatto soldato, mentre era di stazione a Vicenza, senza antecedenti disordini fu colpito da pazzia. In gioventù soffrì di febbre palustre quotidiana e terzana. La pazzia era caratterizzata da grande esaltamento, sicchè l'infermo si dovette assicurare. Entrò nella Clinica il 30 dicembre 1876.

Era di costituzione robusta, di bell'aspetto, avea la fisonomia intelligente, l'occhio mobile, le pupille ristrette ed eguali. Nessun delirio circoscritto, ma uno stato di esaltazione clamorosa con idee di grandezza.

Dal 30 dicembre al 3 gennajo fu sempre esaltato. Il giorno 4 era scherzevole e tranquillo. Fu licenziato completamente ristabilito il 22 gennajo. Accadde nella solita forma di malattia mentale quindici giorni dopo essere uscito dalla Clinica, e fu messo al manicomio di Venezia, dove rimase 48 giorni, metà dei quali trascorse nel massimo esaltamento. Uscito di là, ricadde malato per la terza volta otto giorni dopo e l'11 maggio fu ricondotto alla Clinica psichiatrica.

Ogni accesso era caratterizzato da eccitamento intellettuale e muscolare, e risvegliato senza ben nota cagione. Entrò in condizioni di abbattimento morale, ma dopo due giorni si mostrò esaltato. Il giorno 16 era tranquillo, e confessò di sentire, in precedenza dell'accesso, stimolo infrenabile al parlare, dolori addominali, disturbi enterici, dolore al capo, e di essere molestato dall'insonnia e da generale irrequietezza. Fu curato cogli oppiati e licenziato il 2 giugno. L'8 giugno ammalò per la 4ª volta e si mostrò esaltato più che mai fino al 25 giugno. Il 29 si tranquillò. Descrisse anche questa volta i sintomi subbjettivi che precedevano l'accesso, negò di aver sentito brividi di freddo e sensazione febbrile. Esaminato, si trovò l'area splenica notevolmente ingrandita. Fu somministrato il chinino alla dose giornaliera di 50 centigrammi, unito a 5 milligrammi di estratto di fava del Calabar, la quale fu portata poi fino a 14 millig. La cura si continuò fino al 5 agosto, e si licenziò il paziente consigliandolo a continuarla per oltre un mese.

Fino al 10 dicembre l'accesso non è più tornato.

L'Autore senza venire a conclusioni, si limita a constatare questi due fatti e soggiunge: non essere che l'infezione palustre si sviluppi colle forme nervose funzionali più differenti, compresa l'alienazione mentale; che queste possono sostituire gli accessi febbrili periodici, accompagnarli od aggravarli: che esse febbri possano guarire la pazzia, e che infine

nei casi riferiti, ancorchè prodotti da cause comuni, quali, per esempio, l'eredità, può l'alienazione subire influenza dell'infezione palustre, a segno da sentire più o meno l'azione curativa dei rimedi antifebbrili.

Trattamento della paralisi generale progressiva; di Meyer. (*Berlin. Klin. Wochens.* 1877).

Ammesso che la paralisi generale progressiva sia una encefalite cronica che comincia nella corteccia della porzione anteriore e convessa degli emisferi e nelle meningi, l'Autore ha praticato una cura locale che ha dato dei buoni risultati. Egli ricorre al metodo consigliato da Jacobi per le affezioni mentali croniche. In corrispondenza della grande fontanella, rade il capillizio per una estensione eguale a quella rappresentata dalla metà della mano. Nel centro di questa superficie pratica una unzione stibiata per l'estensione di un tallero, e dopo 24 ore ripete la stessa operazione servendosi di una pallottolina d'unguento del volume di un pisello. La seconda frizione va fatta con precauzione per risparmiare l'epidermide in procinto di sollevarsi In generale bastano queste due frizioni; tuttavia al terzo giorno si può applicare senza fregagione una piccola quantità di topico, del quale si può anche coprire una benda che si pone in luogo. Nel corso di tre o quattro giorni la tumefazione del cuojo capelluto si estende alla fronte ed anche alla faccia, e più di rado all'occipite ed alla nuca. L' eruzione pustolosa è insignificante; le pustole sono rade, piccole e si disseccano subito. Divenuto intenso il gonfiore delle parti così trattate, si ricoprono queste con cataplasmi caldi. In pochi giorni l' abbondante suppurazione ha distaccato il tegumento corrispondente che si elimina, e si forma così una piaga che si tiene aperta per due o tre mesi, trattandola con unguento basilico. Nel frattanto si fa prendere al paziente del joduro di potassio a dosi moderate e si sottomette ad un regime ricostituente. In quindici anni Meyer ha impiegato questo trattamento per 17 paralisi, di cui due sono tuttora sotto cura. Degli altri 15 pazienti 8 sono guariti.

Può accadere che resti attaccato anche il periostio dall'infiammazione, e che si produca l'esfogliazione di parti più o meno considerevoli di osso. Meyer ha osservato diverse volte tale accidente al quale non dà alcuna gravezza. I buoni effetti della cura non si possono spiegare per mezzo del dolore a cui s' accompagna, essendo molti ammalati anestetici e poco sensibili al dolore. L' Autore ammette piuttosto un' azione rivulsiva e che regolarizza la circolazione sanguigna e linfatica, mette fine alle stasi, accelera l'assorbimento degli essudati. Gli è certo che al farsi abbondante la suppurazione, i malati sono quasi subito liberati dalla sensasione di pressione intracranica da cui erano molestati.

Sulle frizioni praticate alla sommità del cranio colla pomata di tartaro stibiato; di Sander W. (*Berlin. Klin. Wochens.* 1876).

Sander ebbe occasione di fare l'autopsia di un pazzo di 44 anni, che 15 o 20 anni prima era stato curato alla *Charité* di Berlino colle frizioni stibiate praticate sul cuoio capelluto preventivamente raso.

Cotesto individuo aveva al sincipite una cicatrice un po' più grande di un pezzo di due talleri. In corrispondenza di questa i tegumenti erano assottigliati, rosei, lisci ed aderenti all'osso, sprovveduti di capegli. Pochi di questi erano invece qua e là ai contorni della cicatrice. Sotto la cicatrice, da ciascun lato della sutura sagittale, l'osso era curvato, presentava delle prominenze irregolari di color bianco, ed il suo tessuto offriva una struttura più compatta che altrove. Il ramo corrispondente di sutura sagittale era distrutto, mentre le altre suture del cranio erano ancora distinte. Mancava in questa località la diploe, che era sviluppata invece nel rimanente delle ossa. La faccia interna dell' osso aderiva intimamente alla dura madre in corrispondenza di questa regione e presentavasi depressa, porosa, e di tinta rosea per l'estensione di una moneta del valore di un marco. All' esterno la dura madre si mostrava pure sollevata in un punto dove apparivano numerosi vasellini. Nulla di particolare nella sua faccia interna.

Benchè in questo caso la cura locale fosse stata poco energica, non avendo portata la necrosi della tavola ossea esterna, tuttavia aveva fatto sentire i suoi effetti ad una profondità tale, come non era da credersi, avendo determinato non solo infiammazione in tutto lo spessore dell' osso con iperostosi considerevole, ma anche una pachimeningite esterna locale.

I felici risultati delle frizioni stibiate in alcuni casi di malattia mentale, secondo l' Autore, sarebbero dovuti alla febbre ed al dolore che provocano.

BIBLIOGRAFIA

Dei bagni di Casciana nella Provincia di Pisa. Libri due di CARLO MINATI. (Firenze 1877, 8° pagine 301 con tavole).

Nel I. libro l'egregio Autore, professore nell'Università di Pisa, dà lo *studio medico e scientifico*, nel secondo lo *storico* di que' bagni, di cui fu Direttore, ed ora è Soprintendente.

Casciana sta sullo sprone di colline, 140 metri sul livello del mare, nel comune di Lari, alla distanza di 35 chilometri da Pisa e di 16 da Pontedera ; le acque sono tiepide, non toccando neppure i 36° centigradi: di principj predominanti per quantità non contengono che il *solfato di calce* (1\|600), e di materiali insoliti non altro che il *carbonato di ferro* (1\|300,000) e poi l' *acido carbonico* e qualche traccia di *litina*. Malgrado l'anzidetta minima proporzione le acque di Casciana debbono riguardarsi per *ferruginose*.

La discreta temperatura, la poca saturazione sono condizioni favorevoli all'assorbimento cutaneo; ed il Minati è d'avviso le acque di Casciana giovino appunto per il ferro che penetra per la miriade di boccuccie delle glandole sudorifere tenute aperte dal moderato calore delle acque medesime; non escludendo per altro che il ferro possa aver parte ne' benefici effetti anche per *azione meccanica o di contatto;* in oltre grande è la copia d'acqua e quindi di ferro, che scorre sulla superficie del corpo, mentre è immerso nel bagno a corrente aperta; e l'Orosi calcolò che *passassero per naturale efflusso attraverso lo stabilimento litri 1800 d'acqua per minuto.* Ed il ferro ed i suoi composti, assolutamente non volatili, altra via non hanno per entrare nell'interno dell'organismo col bagno, se non che quella della cute. L'azione immediata del bagno di Casciana non è punto debilitante, sicchè è perfino invalso l'uso di prendere due bagni al giorno, e dalle due tavole stigmografiche si vede come il polso dopo l'immersione batte più vivo e gagliardo (p. 8 e 9); in oltre si hanno per esso quegli effetti sensibili e incontestabili, che si ottengono dando i ferruginosi per bocca; cioè si vincono le anemie, la clorosi, le ipotrofie consecutive a' morbi acuti, e tante altre malattie, che, sebbene di aspetto assai disparato, hanno per elemento comune la povertà del sangue in conseguenza dei ritardati processi assimilativi. L'acido carbonico poi, che pur è in quelle acque, con la sua virtù eccitante rinvigorisce gli effetti del ferro: « di qui il senso di benessere consecutivo al bagno, e di qui la pronta risoluzione di certe deficienze di azione nervosa di ragione periferica, sebbene prove vi sieno che pur son vinte anche quelle di origine centrale. Di qui l'azione benefica nelle affezioni dolorose o nevralgiche, che, nell'eccitamento cutaneo per l'acido carbonico, trovano una derivazione e un compenso; di qui la sedazione di certi spasmi nervosi testificante l'anestesia successiva all'immediata eccitazione carbonica (p. 13). » Aggiungansi gli effetti della moderata temperatura e dell'elettricità, inseparabile da tutte le variazioni termiche e da tutte le combinazioni chimiche nelle acque minerali, delle quali gli elementi spesso non sono semplicemente trasportati, ma sono effetti di chimiche combinazioni, che avvengono nel seno della terra, traversate dal vapore acqueo, che nel passaggio in strati più freddi cambia lo stato vaporoso in quello di liquido (p. 14). I sali alcalini, quando non avessero altra azione, avrebbero almeno quella di scemare, saponificando la materia grassa emanata dai follicoli, la resistenza dell'epidermide all'assorbimento (p. 8). E quale è oggi l'azione de' bagni di Casciana dee tenersi fosse anche per lo passato, niuna ragione essendovi per credere altrimenti. Il lievissimo deposito, che lasciano quelle acque e il loro tepore non danno speranza, come s'era avuta, di poterne trarre fanghi (p. 22); il farli artificialmente sarebbe impresa nè agevole, ned utile; le doccie, con qualche provvedimento accessorio, come le coppe scarificate, possono fino a un certo punto tenerne le veci nel risolvere gli antichi essudati (p. 25).

Dopo avere così detto del modo di agire dei bagni termo-minerali in generale e in ispecie dei bagni di Casciana, l'Autore passa a dire delle malattie quivi curate e delle speciali indicazioni de' bagni medesimi desunte dall'osservazione; e quali siano queste e quelle facilmente si possono arguire per ciò che è sopra è detto. Laonde, senza seguire l'Autore nell'esame dei varj gruppi, ne' quali ha compreso le molte e disformi malattie, ci limiteremo a riferire com'egli spieghi l'efficacia delle terme da lui dirette nelle affezioni reumatiche ed artritiche. « Il reuma e l'artrite (e qui s'intende di parlare di forme assolutamente croniche), che riconoscono come coefficienti una lieve quantità di acido urico ed un'alterazione speciale del sangue consistente nell'aglobulia e nell'iperinosi ben manifesta, si giovano di un'acqua che permette l'introduzione nel nostro organismo di una quantità di ferro sufficiente a promuovere il rinnovellamento dei globuli; si giovano della temperatura mediocre, che permette dalle vie aperte alla traspirazione l'efflusso del materiale incombusto, che figura come un coefficiente dello stato patologico; si giovano dell'eccitamento prodotto dall'acido carbonico, e delle azioni termo-elettriche proprie alle nostre acque, da che può insorgere un miglioramento nello stato nutritivo tale, che permetta il più facile scambio della materia nutritiva e quindi il ritorno alla salute (p. 43). » Egli non crede che si possa confondere con queste due malattie la gotta, riguardandole tutte tre come espressioni, di unica generale condizione, o diatesi che dire si voglia; poichè quella ha essenziali differenze sì nelle manifestazioni, come nel processo, nell'intensità, nella durata e negli esiti. Ciò nondimeno ei crede che pure ai gottosi possa convenire di bagnarsi a Casciana, giacchè facilmente a loro si consociano le affezioni reumatiche e l'oligoemia; senza dire che in quelle acque v'è pure la litina, alla quale si dà vanto di sciogliere le concrezioni uriche articolari o tofi (p. 44).

Egli quindi dà in opportuni Prospetti e disposte per ordine alfabetico, secondo le nomenclature nella pratica ordinaria maggiormente usate, le malattie curate nel triennio 1871-73 e il numero corrispondente de' casi; e merita di essere notato com'egli abbia tenuto conto degli *effetti positivi* delle cure istituite desumendoli un anno dopo l'uso, che di quelle acque si fece. *Il mio lavoro è in questa parte*, scrive il Minati, *nuovo affatto, ed oso dire, che se gl'idrologi estendessero questo mio metodo di studio alle varie sorgenti, la scienza e l'umanità qualche cosa ci guadagnerebbero* (p. 6). E dalla tabella, che dà il *riassunto generale delle risultanze positive*, ottenute nel predetto triennio e sopra 1541 casi, rilevasi che:

i guariti furono	731	(di cui	247	donne);
i migliorati	323	(»	132	»);
i recidivi	110	(»	43	»);
gli stazionarj	377	(»	163	»).

Seguono i *documenti scientifici* divisi in due parti: la prima com-

prende le testimonianze scritte da osservatori antichi sui bagni di Casciana *pro* e *contra*, ed i giudizj che ne fecero medici di qualche rinomanza (1); la seconda è un sunto delle più ragguardevoli guarigioni ottenute ne' varj tempi, ommesse le *cure meravigliose di artriti, paralisi, nevralgie ed ischiadi, poichè ormai per questi generi di malattia può dirsi l'esito quasi sicuro*, per formare l'attenzione sopra malattie di non ordinaria forma e d'inaspettata guarigione (2). E l'Autore avverte che l'osservazione degli ultimi anni prova come colà spesso traggono giovamento la *migliare cronica, l'atassia locomotrice e la forma subacuta o il periodo intermediario del morbo di Bright* (p. 120).

Il Capitolo III tratta del *sito dei bagni*, e con l'ajuto di 4 tavole termografiche procura di togliere a Casciana l'*ingiusto addebito*, che sia luogo eccessivamente caldo, mentre la temperatura massima sul meriggio nell'estate del 1876, che fu tutt'altro che mite. una sola volta fu di 33° cent., e sempre stette al 30°. Discolpa pure Casciana di essere nido di febbri intermittenti, giacchè i pochi malati di sì fatto genere sono lavoranti che contraggono le febbri lungi dal paese, in conseguenza delle rurali fatiche (p. 157). I professori Achiardi e Caruel diedero gli articoli relativi alla geologia e flora di Casciana, che chiudono il capitolo. Nel successivo si discorre della *costituzione chimica e fisica delle acque*, la cui analisi più recente e autorevole è quella fatta dai professori Orosi e Tassinari e pubblicata a Firenze nel 1872 nell'opuscolo *Delle acque termali di Casciana*: eccola compendiata in relazione ad un litro d'acqua:

Azoto	grammi	0,018
Acido carbonico libero	»	0,634
Acido carbonico dei carbonati	»	0,159
Cloro	»	0,028
Acido solforico	»	0,457
Acido silicico	»	0,038
Ossido di sodio	»	0,172
Ossido di litio	»	trac. sens.
Ammoniaca	»	0,001
Ossido di calcio	»	0,928
Ossido di magnesio	»	0,205
Sesquiossido di ferro	»	0,003
Allumina	»	0,008
Materia organica	»	0,002
Acqua pura	»	996,995

(1) Gli autori di cui citansi le testimonianze sono: Gentile da Foligno, Ugolino da Montecatini, Michele Savonarola, Mengo da Faenza, Bartolommeo Torinese, Gabriele Falloppio, Andrea Baccio, Andrea Cesalpino, Girolamo Mercuriale, Domenico Bellincioni, Luigi Batini.

(2) Queste storie compendiate sono 51.

L'acqua è limpida: ha la densità di 1,003 e la temperatura media di 34°, 65°.

Nel libro II il Minati tratta la parte storica in tre capitoli (*dell'antichità dei bagni — del nome dei bagni — del presente stato dei bagni e dell' antico*) e v' aggiunge documenti il primo dei quali è dell'anno 823, che ricorda il luogo (*Aqui*) mentre non si trova fatta parola di un bagno colà prima del 1148. Le leggi più antiche relative all'ordinamento o buon governo dei bagni stessi sono del 1325. Noi non possiamo seguire l'Autore in questa via, perchè ci trarrebbe troppo in lungo ed anche fuori del campo del giornale in cui scriviamo. Nondimeno per mostrare come anche in tale parte il professore di Pisa abbia lavorato del proprio, ci contenteremo di ricordare ch' egli levandosi contro la leggenda, che attribuisce l'origine di cotesti bagni alla famosa contessa Matilde, prese a provare che la grande signora Guelfa *non possedè mai questi bagni; che non ebbe possessi nei luoghi troppo a questi vicini; che lei vivente, il dominio di questi luoghi appartenne ad altri potenti, dai quali fu trasmesso ai frati della Badia di Morione e che i frati della Badia di Morione non ebbero mai da lei donazione di tal fatta; che la sede ove erano le acque non era nè un pantano, nè un luogo deserto, perchè in gran vicinanza vi era una chiesa, che sembra molto ragionevole sia stata fondata circa trecent'anni avanti che vivesse la contessa; finalmente avventura una probabile opinione, che queste acque fossero conosciute anche molto più innanzi* (p. 198).

Termina il volume copiosa *Bibliografia*, la quale non è nudo catalogo, ma ragionata esposizione delle opere che hanno illustrato i bagni di Casciana, ponendone in vista di ciascuna i pregj e l'importanza.

Quanto abbiamo detto è sufficiente per persuadere che il libro del Meinati è lavoro diligente, erudito e condotto con buoni intendimenti e con viste proprie: coloro stessi, che per avventura non consentissero in ogni particolare opinione dell'Autore, di buon grado concederanno che quella sua è opera fatta con *istudio ed amore*.

Lo stiramento dei nervi come operazione nella pratica chirurgica. Studio clinico esperimentale del dottor P. VOGT. (*Centralblatt fur di Medic. Wissensch.*, 1877, n. 30).

In questo lavoro l'Autore incomincia ad occuparsi del lato anatomico e fisiologico, di quello che riguarda l' azione dello stiramento dei nervi sotto il rapporto normale. Le ricerche fatte finora sull'argomento aveano dato per risultato che ogni stiramento molto forte dei nervi modificasse l'attività dei nervi stessi, in guisa che ne venisse depressa l'irritabilità e quindi anche la loro eccitabilità riflessa. L'Autore colle sue attuali esperienze provò molto ben sodamente che i nervi sono elastici ed estensibili in misura ben limitata, cosicchè un movimento d' una parte del corpo continuato oltre ai limiti fisiologici dei movimenti della parte stessa toglie la continuità dei nervi di quella parte. Con ciò non

ha però luogo una propagazione dello stiramento subito dal nervo periferico agli organi nervosi centrali; cosicchè non si può parlare di una diretta influenza dello stiramento dei nervi periferici sui centri nervosi. Per contrario lo stiramento lede il nervo su cui ha luogo; ed agisce in modo da produrre un dissesto, uno sconcerto, un rilasciamento del cordone nervoso nel suo inviluppo, che sta in relazione con un proporzionale stiramento e rilasciamento dei vasi che trascorrono nella guaina nervosa; e ciò ha luogo specialmente ed evidentissimamente in quei punti, in cui i vasi principali si gettano sul tronco nervoso o lo abbandonano, punti che l'Autore chiama posizioni tipiche dei vasi dei nervi. Si capisce quindi come lo stiramento dei nervi debba provocarvi dei cambiamenti ed indurvi delle modificazioni ben importanti e che ne rappresentano l'effetto più essenziale.

L'esame poi dell'azione dello stiramento dei nervi nei riguardi patologici incontra difficoltà ben grandi, perchè molti stati patologici sono ancora pienamente sconosciuti nella loro essenza, e molti altri non si possono artificialmente produrre negli animali. L'Autore è però riuscito a produrre una neurite migrante iniettando una soluzione arsenicale sotto la guaina nervosa d'un nervo d'un cane, ed ha potuto vedere che spontaneamente andava sempre gradatamente a guarigione.

Praticando poi in qualche caso lo stiramento dei nervi iniettati, l'andamento regolare della neurite fu interrotto, inquantochè ottenne un miglioramento immediato ed una pronta guarigione. In questi casi coll'osservazione anatomica trovò intorno al luogo dove avea praticato lo stiramento, e specialmente ai sopradetti punti tipici, un abbondante stravaso di sangue.

La casuistica ed i risultati clinici fin qui ottenuti con questo mezzo riferisconsi a 12 casi, nei quali fu eseguita l'operazione, e cioè 7 volte per nevralgia, 2 volte nell'epilessia, 1 volta per un crampo clonico, e 2 per tetano traumatico. Uno di questi ultimi era grave e collo stiramento del plesso brachiale, praticato dall'Autore, andò immediatamente a guarigione.

Le indicazioni che Vogt trova per questa operazione sono: 1° le nevralgie, nelle quali consiglia il solo stiramento, quando si tratti di nervi misti, e lo combina colla nevrotomia nei nervi puramente sensitivi, se lo stiramento da solo non riesce. Egli limiterebbe la nevrotomia solo alle nevralgie affatto circoscritte, nelle quali basterà appieno la divisione sotto-cutanea dei rami nervosi corrispondenti; 2° la epilessia secondaria o riflessa; 3° il tetano traumatico. A questi tre gruppi crede che se ne potrebbero forse aggiungere anche altri, nei quali è riconoscibile come sintomo predominante una fortissima irritabilità e un disturbo funzionale grave dei nervi o degli organi da questi dipendenti.

Termina il suo lavoro con una indicazione anatomo-patologica dei punti del corpo, convenienti per l'operazione sui singoli nervi.

Sull'argomento dello stiramento dei nervi vuol essere richiamato lo

scritto del dott. Ferdinando Petersen di Kiel pubblicato nel *Centralblatt für Chir.* 1876, n. 49, nel quale espone il fatto d'un magnano, a cui due mesi prima d'esser visto da lui era penetrato nella gamba destra un grosso pezzo d'acciaio, che v'era restato. L'ammalato camminava coll'arto rigido e risentendovi violentissimo dolor folgorante. Il dott. Petersen, ad imitazione di Nussbaum, isolò il nervo tibiale (il quale era molto sensibile, e il cui nevrilema presentava in un punto un piccolo stravaso sanguigno con alone rosso), lo sollevò con un uncino ottuso e lo stirò in direzione centrifuga e centripeta. Durante l'operazione l'infermo, che non era per motivi speciali cloroformizzato, risentì fierissimi dolori. Nei primi giorni seguenti, i dolori erano più leggieri che non prima dell'operazione. Dopo 8 dì l'infermo si alzò e potè camminare senza dolore; 20 giorni dopo riprese il lavoro. Petersen ebbe occasione di rivederlo due mesi dopo e lo trovò in ottime condizioni. Il corpo estraneo non fu trovato, e quindi non estrattone durante l'operazione nè dopo; ed era certamente incapsulato. Petersen crede che il pezzo d'acciajo abbia strisciato sul nervo e l'abbia contuso; in seguito di che si formarono probabilmente aderenze fra nervi e muscoli e perciò il nervo restava stirato ad ogni movimento. Probabilmente nell'operazione collo stiramento del nervo tali aderenze furono lacerate e perciò cessarono i dolori.

Anche Vogt ebbe casi analoghi.

Quattordicesimo rapporto medico sulla gestione dell'ospedale dei bambini di Jenner in Berna nel corso del 1876; del dott. R. Demme. Berna 1877. Osservazioni nel campo della chirurgia, p. 36. (*Centr. für die med. Wiss.* 1877, n. 32).

Scegliendo le cose più importanti di questo resoconto, riferirò le seguenti.

Apparecchio di Taylor. — L'Autore ha abbandonato del tutto, nelle malattie delle vertebre di natura infiammatoria passate ad esito, l'apparato di Taylor, perchè esso non toglie lo svantaggio delle posizioni verticali della colonna vertebrale. Veramente la cifosi non suole aumentare coll'uso di quest'apparato; ma invece sviluppasi una ricurvatura laterale rapidamente crescente. Perciò l'apparato di Taylor non giova, se non forse nella cura consecutiva.

Ferita d'arma da fuoco del cervello. Una palla da revolver penetrò nella cavità cranica di un ragazzo di 5 anni e 1|2 perforando l'angolo inferiore interno del frontale a sinistra, appena sopra la radice del naso in direzione quasi discendente, nè più sortì dal cranio. Il ragazzo cadde immediatamente a terra, poi dopo alquanti minuti ritornò in coscienza con una paralisi della parte sinistra della faccia e della metà destra del corpo. Una sonda potè essere spinta innanzi nel canale del projettile per 5-6 centimetri. L'ammalato guarì in 5-6 settimane; la motilità cominciò a ritornare alle estremità paralitiche dopo 4-5 settimane. Quando l'Autore vide l'ammalato 4-5 mesi dopo l'accidente, v'era al luogo d'entrata della palla una cicatrice, nel cui profondo si palpava un margine

osseo; inoltre v'erano i residui di una paralisi facciale sinistra; l'arto superior destro era contratto in posizione di flessione, con paralisi principalmente dei muscoli deltoide e tricipite; gli estensori dell'arto inferior destro erano più deboli dei sinistri. Il paziente era in grado di camminare con un apparato di sostegno. Le iniezioni sottocutanee di stricnina ne migliorarono rilevantemente le condizioni. L'Autore crede che la palla sia andata nell'emisfero cerebrale sinistro e giacesse incapsulata là o nella base del cranio.

Struma. Durante la dentizione vide l'Autore che i ragazzi sono non raramente presi nella regione della tiroide da tumori molli, follicolari, i quali possono spontaneamente risolversi, quand'anche sieno di grossezza considerevole. Nascono poi alla superficie della tiroide dei raggrinzamenti molto fitti di tessuto connettivo, quasi cicatriziali, come avviene dopo le iniezioni jodiche.

Narra d'un fanciullo di 5 anni, il quale sofferse di uno struma cistico retro-sternale; la cisti fu colta da suppurazione, ed in 3 dì la marcia penetrò nel mediastino anteriore e così s'ebbe la morte del ragazzo per edema polmonale. Alla sezione si trovò preparata la strada alla penetrazione della marcia anche dietro la trachea.

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

« Resoconto delle Adunanze e dei lavori della reale Accademia medico-chirurgica di Napoli » anno XII, fasc. 1°. (Napoli 1878).

Adriani Roberto. « Relazione statistica clinica del Frenocomio di S. Margherita di Perugia per gli anni 1874-75-76. » (Perugia 1877).

Albertoni Pietro. « Sull'azione della pilocarpina. » (Padova 1878).

Bassi Roberto. « Dell'ufficio del Veterinario nella Società moderna e del corrispondente indirizzo degli studi veterinari. » (Torino 1877).

Billings John S. « Reports and Papers relating to constriction and organization. — No. 5, On heating and ventilation. » (Washington 1878).

Bottini E. « Estirpazione totale di gozzo parenchimatoso; guarigione. » Nota clinica. (Torino 1878).

Bufalini G. « Sull'ascesso traumatico del fegato. » Nota ed esperimenti. (*Sperimentale*, Firenze 1878).

Camuset Giorgio. « Manuale di ottalmologia » prima vers. ital., ecc. di Giuseppe Albini, parte 3ª, fasc. 1°. (Napoli 1878),

Casarini Giuseppe. « Relazione sull'insegnamento della Clinica sifilitica nell'anno 1873 nella R Università di Modena. » (Modena 1874).

Casarini Giuseppe. « Sopra un caso di ristringimento impermeabile dell'uretra. » (*Spallanzani*, Modena 1875).

Casarini Giuseppe. « Note sifilografiche » (dallo *Spallanzani*, Modena 1878).

Clérault. « La Bourboule: ses eaux minérales, leurs applications thérapeutiques. » (Paris 1877).

Coletti Ferdinando. « La scrofola e le città di mare. » (Padova 1878).

De Sanctis Aventino. « Di un caso di malattia dell'Addison seguito da morte. » (Roma 1878).

De Sanctis Aventino. « Nota clinica sovra una speciale forma di febbre tifoidea a tipo intermittente. » (Roma 1878).

Faraoni M. L. « Tayuya contro la sifilide e la scrofola. » Seconda relazione. (Milano 1878).

Fornari Federico. « Il catrame. « (*Raccogl. Med.*, Forlì 1878).

Fornasini Luigi. « La riforma carceraria secondo il sistema penitenziale. » (Brescia 1878, 8° pag. 310).

Fruscione Vincenzo. « Sulla resistenza elettrica nei fili metallici. » Studii ed esperienze. (Bari 1878).

Gallico Enrico. « Carcinoma midollare diffuso. » (Padova 1878).

Gennesi. « Della febbre intermittente e della cachessia palustre del Mantovano. » (Mantova 1878).

Giordano Alfonso. « L' Igiene dei zolfatai. » Conferenza popolare (Palermo 1878).

Giordano Vincenzo. « La malattia del re. » Considerazioni medico-critiche. (Napoli 1878).

Grassi Battista, Parona Corrado, Parona Ernesto. « Intorno all'anchilostoma duodenale del Dubini. » Annotazioni. (Pavia 1878).

Leopardi Gaetano. « Brevi considerazioni intorno alla meningitide cerebro-spinale epidemica. » (Pisa 1878).

Levi M. R. « La malattia del re e il libello medico contro Guido Baccelli. » (Venezia 1878).

Loreta Pietro. « Intorno all'ematocele della tunica vaginale del testicolo. » Osservazioni cliniche. 2ª edizione. (Bologna 1878).

Loreta Pietro. « Conferenze di chirurgia pratica sulle emorroidi. » (Bologna 1878).

Loreta Pietro. « La chirurgia disciplinata è la sola efficace nelle operazioni. » Riflessioni teorico-pratiche. (Bologna 1878).

ERRATA CORRIGE

del fascicolo di Aprile 1878 Parte Rivista.

Pag. 308 linea 7

invece di *nel ventricolo* leggasi *nel seno*

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

Inserzioni a pagamento

VECCHIAJA E SALUTE

Non è molto tempo che tutta la stampa si è occupata del caso di longevità straordinaria d'un vecchio arrivato all'età di **106 anni**, che godeva perfetta salute, mercè le *gocce concentrate di Ferro Bravais*, le quali da molto tempo prendeva regolarmente, per consiglio del proprio medico, ed alle quali attribuiva d'aver conservato sino allora una forza, un vigore, una gaiezza poco comune nell'età senile.

Il signor R. Bravais, il distinto chimico che si è assunto l'impegno di divulgare una scoperta tanto utile a tutti, riceve ogni giorno una quantità di certificati di simil genere, di cui tiene gli originali a disposizione degli increduli.

Ecco una lettera presa a caso. Si tratta d'un vecchio di 83 anni soltanto, il quale ha ricuperata la salute grazie al *Ferro Bravais* (1).

Al Sig. R. Bravais,
13 Rue Lafayette, Parigi.

« Avendo avuto l'occasione di somministrare a mio padre, vecchio di **83 anni** *qualche goccia del vostro Ferro Bravais* in momenti d'abbattimento e di debolezza, e riconoscendo tutto il bene che quel rimedio gli ha arrecato, ho pregato un amico che già m'aveva procurata piccola quantità del vostro ferruginoso, di favorirmi il vostro indirizzo: vi prego di mandarmi a volta di posta 10 flaconi del vostro Ferro Bravais (Ferro dializzato Bravais).

« È indubitato che la vostra scoperta, o signore, vi colloca nel novero dei benefattori dell'umanità. Aggradite, ecc. ecc.

« *Firmato*: MICHELE SCHMIDT. »

Hollerich (presso Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo).

« Con attestati simili, con prove tanto concludenti, ogni commento è superfluo.

(1) *Il* **Ferro Bravais** (*ferro liquido in goccie concentrate*) *non ha odore nè sapore: lo si prende in qualunque bibita: acqua, vino, ecc. Esente da ogni traccia d'acido, non può annerire i denti, non cagiona costipazioni, non produce erutti nè bruciore di stomaco. È realmente il più energico ed efficace, e insieme* il più economico *dei ferruginosi, giacchè la cura non costa che* 15 centesimi al giorno.

Il Ferro Bravais viene indicato nei casi d'anemia, clorosi, debolezza infantile, cattive digestioni, convalescenze difficili, perdita di forze, spossatezza, ritardo o soppressione di mestrui, ecc ecc., *infine in tutti i casi in cui havvi povertà o scarsezza di sangue. Trovasi presso tutte le farmacie d'Europa, e al deposito generale in Parigi, Rue la Fayette* 13. (*S'invia gratis l'opuscolo*).

Avvertenza. — *Si tenta d'ingannare il pubblico, offrendogli come ferro dializzato dei prodotti che non hanno nulla da fare col Ferro dializzato Bravais, il quale non può essere imitato.* (*Assicurarsi se porta la vera marca di fabbrica e la firma*). (Deposito generale a Milano da **A. Manzoni e C.** Via della Sala N. 16).

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA

(Da pag. 401 a pag. 457).

1. Gluttauer — *Contributo intorno alle cisti sanguigne pulsanti del capo.*
2. Leisrink — *Sulla rinoplastica.*
3. Le Fort — *Della operazione del labbro leporino complicato dalla sporgenza dell'osso intermascellare, approfittando del lobulo cutaneo mediano.*
4. Ricchi — *Amputazione parziale della lingua mediante il filò elastico.*
5. Kessel — *Sul cateterismo della tromba Eustachiana per la bocca e sopra un processo supplettivo del medesimo.*
6. Bertin e Laboudette — *Due casi di calcolosi del condotto Wartoniano.*
7. Sonnenburg — *Estirpazione e taglio del nervo alveolare inferiore all'angolo della mandibola a testa pendente.*
8. Kuncar — *Nevralgia, resezione intrabuccale del nervo sottomascellare e miloideo. Guarigione.*
9. Kuncar — *Crampo clonico del muscolo pterigoideo interno, divisione dello stesso, miglioramento durante tre giorni d'osservazione.*
10. Hartmann — *Gli allacciatori dei polipi ed il loro uso nelle cavità dell'orecchio, del naso e dello spazio naso-faringeo.*
11. Elliot — *Legatura simultanea della carotide e della succlavia.*
12. Cazin — *Aneurisma della carotide interna nel seno cavernoso.*
13. Nicoladoni — *Contributo al trattamento operativo dei diverticoli dell'esofago.*
14. Reynier — *Lussazione sopra spinosa dell'estremità esterna della clavicola.*
15. Demme — *Ferita d'arme da fuoco nel polmone sinistro.*
16. Cavoy — *Ernia traumatica del polmone.*
17. Eulenburg — *Un caso di contrattura dell'elevatore dell'angolo della scapula e dei romboidei.*
18. Verneuil — *Gastrotomia per restringimento esofageo.*
    Del Greco — *Contributo alla cura dei restringimenti dell'esofago.*
    Rizzoli — *Apprezzamento della gastrotomia.*
19. Schiltz — *Uretrotomia interna ed esofagotomia.*
20. Jacoby — *Casuistica di fistole ombellicali.*
21. Kuncar — *Estirpazione di un tumore posto sulla sinfisi del pube.*
22. Pruska — *Un metodo molto semplice di taxis.*
23. Czerny — *Studj sulla cura radicale delle ernie.*

24. Paci — *Contribuzione allo studio dell'estrofia della vescica con epispadia, ed alla sua cura chirurgica.*
25. Langenbuck — *Una singolare estirpazione di rene.*
26. Knowsley Thornton — *Rotazione dei tumori ovarici.*
27. Vedrenne — *Attacco di reumatismo articolare acuto in seguito alla introduzione di un sonda scannellata in un ascesso del margine anale, apertosi nel retto.*
28. Vedrenne — *Atassia locomotrice consecutiva alla legatura di tumore emorroidario*
29. Perrier — *Cistotomia in una piccola ragazza, operata da Lemée.*
30. Fischer — *Sulle cause dei differenti gradi dell'atrofia nei muscoli estensori delle estremità rispetto ai flessori.*
31. Chalot — *Flebarterite con fusione dell'arteria radiale, di una vena radiale e della mediana basilica.*
32. Maas — *Della cresciuta e della rigenerazione delle ossa lunghe.*
Gudden — *Osservazioni sopra il lavoro di Maas.*
Wolf — *Discussione alla Società fisiologica di Berlino sullo stesso argomento.*
33. Perier — *Lussazione sotto-acromiale dell'omero.*
34. Stroppa — *Lussazione del femore destro ridotta col metodo razionale.*
35. Saint-Germain — *Trattamento del piede torto congenito.*
36. Johnen — *Amputazione spontanea per trombosi.*
37. Köhler — *Il metodo di emostasia primitiva sul campo.*
38. Kuncar — *Stritolamento delle cinque dita della mano destra. — Enucleazione, decorso felice della ferita, ritenzione di orina, ripetute emorragie nella vescica; morte per uremia; reperto anatomico notevole.*
39. Parona — *Amputazione di coscia col processo sotto-periosteo.*
40. Vedrenne — *Accesso d'asma consecutivo ad una frattura dell'avambraccio.*
41. Tillaux — *Disarticolazione di coscia colla galvano-caustica.*
42. Kölher — *Fratture complicate, amputazioni, disarticolazioni nel* 1875.
43. Gorman — *Statistica delle grandi amputazioni.*
44. Duplay — *Lesione sopra una forma speciale di osteite.*
45. Busch — *L'ossificazione ed il riassorbimento nell'osso crescente e nell'osso infiammato. — Del significato dei processi che si verificano nell'infiammazione dell'osso.*
46. Hönigschmicd — *Esperienze sui cadaveri sulla lacerazione dei legamenti della articolazione tibio-astragalica con riguardo alla produzione di fratture indirette dei malleoli.*
47. Taff d. T. Rochas — *Della cucitura dei tendini.*
48. Gies — *Dell'effetto delle injezioni parenchimatose di acido acetico glaciale nel carcinoma.*
49. Ranke e Binz — *Sul modo di agire degli anestetici.*

50. De Renzi — *Sulla cura del tetano.*
51. Davaine — *Osservazioni relative alle esperienze di Bart sulla malattia carbonchiosa.*
52. Feltz — *Esperienze dimostranti che la setticità del sangue putrefatto non dipende da un fermento solubile.*
53. Puchy — *Ricerche sulla infezione settica di micrococchi.*
54. Licastro — *Il drenaggio quale coadjuvante l'innesto cutaneo sulle piaghe, e la loro cura.*

RIVISTA FRENIATRICA

del dott. ANTIGONO RAGGI
Incaricato dell'insegnamento della Psichiatria nella R. Università di Pavia e Direttore del Manicomio di Voghera.

(Da pag. 457 a pag. 484).

Foville — *Delle relazioni fra le alterazioni della motilità nella paralisi generale e le lesioni della parte corticale delle circonvoluzioni fronto-parietali.*
Ferrier — *Le funzioni del cervello.*
Sander — *Lesioni trofiche consecutive alla ferita del nervo mediano sinistro in un alienato.*
Vincent — *Dei fenomeni oculo-pupillari nell'atassia locomotrice progressiva e nella paralisi generale degli alienati.*
Ripping — *Sulla differenza di temperatura delle due metà del corpo nei pazzi, e sulla sede del centro termico nel cervello dell'uomo.*
Riva — *Sulle elevazioni di temperatura nelle fasi di aggravamento della paralisi progressiva.*
Tamburini — *La sfigmografia negli alienati.*
Fevre — *Caso di nigrizia in un pazzo.*
Raggi — *Tre casi di clitrofobia.*
Lasègue e Falret — *Pazzia associata o comunicata.*
Westphal — *Le idee fisse.*
Frigerio — *Se l'afasia possa considerarsi quale sintoma delle lesioni dei lobi parietali.*
Emminghaus — *Sullo stato frenopatico dell'uomo nella rabbia.*
Skoe e Clouston — *La frenosi epilettica.*
Falret — *Paralisi generale.*
Verga — *Prime linee di una statistica delle frenopatie in Italia.*
Kitchen — *La cicuta nella cura della pazzia.*
Venturi — *Contributo all'azione dei sali di chinina nelle frenosi intermittenti.*
Meyer — *Trattamento della paralisi progressiva.*
Sander — *Sulle frizioni praticate alla sommità del cranio colla pomata di tartaro stibiato.*

BIBLIOGRAFIA.

Minati — *Dei bagni di Casciana nella Provincia di Pisa* — pag. 484.
Vogt — *Lo stiramento dei nervi come operazione nella pratica chirurgica* — pag. 488.
Demme — *Quattordicesimo rapporto medico sulla gestione dell'Ospedale dei bambini di Jenner in Berna nel corso del 1876* — pag. 490.
Opere presentate alla Direzione degli Annali Universali di Medicina — pag. 491.

RIVISTA IDROLOGICA

del dott. PLINIO SCHIVARDI.

Bizio — *Analisi delle acque termali euganee.*
Garelli — *La cura termale in Acqui.*
Carazzolo — *Venezia e i suoi Bagni.*
Fedeli — *Sulle proprietà e uso delle acque di Montecatini.*
Rabajoli — *Guida alle Terme di Vinadio.*
Hauer — *Nuova analisi delle acque di Ischl.*
Chiminelli — *Recoaro e le sue sorgenti minerali.*
Cougnet — *Sulle spiaggie del mare.*
Schivardi — *Vademecum d'idrologia medica ad uso degli studenti e dei medici pratici.*
Quincke — *Sull'azione delle acque contenenti gas carbonico.*
Krishaber — *Degli effetti fisiologici dei bagni di aria calda.*
Lefort — *Rapporto sul servizio medico delle acque minerali in Francia.*
Manayra — *Relazione sull' andamento del servizio negli Stabilimenti militari.*
Ventura — *Relazione medico-statistica delle cure effettuate a Salsomaggiore.*
Fiorelli — *Resoconto dei bagni minerali nello stabilimento di mattazione a Roma.*
Pacher — *Rendiconto dei Bagni di Levico.*
Paoni e Fazio — *Resoconto clinico-climatico delle Terme di Casamicciola.*
Sette — *Regolamenti della Repubblica veneta, riguardanti le cure idro-minerali.*

Analisi chimica delle acque termali euganee; del professor G. Bizio. (*Atti dell'Istituto veneto di scienze lettere ed arti*, Vol. III, serie V del 1877).

Nel 1856 l'illustre *Istituto Veneto* prendeva la saggia deliberazione di nominare una Commissione affinchè illustrasse convenientemente tutte le acque minerali delle provincie venete dandone una completa Monografia dal punto di vista medico, chimico, geologico. La Commissione riuscì composta di Massalongo per la geologia, Pisanello e Bizio per la chimica, Pazienti per la parte bibliografica e medica.

Sventuratamente ad una Commissione che si presentava con così floridi auspici non arrise la fortuna. Il prof. Massalongo spegnevasi nel 1860 mentre stava ultimando le sue ricerche; gli succedeva L. M. Rossi, il quale quando avea appena maturato i suoi studj moriva nel 1861 e fu sostituito da Parona. Il compagno di Bizio pure moriva!

L'opera grandiosa non volea giungere a prospero fine. Però persistettero Bizio, Parona e Pazienti, e frutto della loro attività furono la dottissima illustrazione con analisi chimiche accurate di tutte le fonti minerali di Recoaro, non che quella delle acque arsenicali di Civillina o Catulliane (1).

Il prof. Bizio però non allarmato dai tristi precedenti continua da solo l'opera sua, ed ha testè pubblicato questo libro in cui raccolse le ricerche chimiche da lui istituite per le *Terme euganee*, continuando così quel lavoro: *Monografia delle acque minerali delle Provincie venete*, che l'*Istituto Veneto* voleva regalare all'Italia, e del quale il giornalismo medico italiano non ha finora fatto quel conto che meritava.

Col nome di *Terme euganee* si usa intendere tutto quel vasto campo minerale, che dalla collinetta detta *Monte Irone* presso Abano partendo, per Monte Grotto, Monte Ortone, S. Pietro Montagnone giunge al colle di Sant'Elena presso Battaglia. Sono antichissime, conosciute fin dal tempo dei Romani; vi si trovarono ruderi di antichi edifici di quell'epoca, e furono sempre pregiate.

L'egregio professore le studiò sotto un triplice punto di vista; prima analizzò *i gas*, che da ogni polla sotto forma di gallozzole aereiformi più o meno voluminose e frequenti scaturiscono dal terreno unitamente all'acqua, ed a questo, avvegnachè indipendente nella sua formazione dalle acque che lo bagnano, fece seguire l'analisi delle *acque*, e da ultimo quella del *fango*, che forma parte sì integrante delle cure mediche, cui quelle Terme con tanto vantaggio ed antica rinomanza si applicarono.

Cominciamo anche noi dai gas. E qui ci si permetta prima un incidente. È generale ancora nei medici la credenza che le acque euganee termali come quelle di Acqui in Piemonte sieno solforose. Allorquando noi, nel 1875, pubblicammo la nostra opera di *Balneoterapia ed Idrologia medica*, il dott. Calza, egregio medico veneziano, ne fece argomento di un esteso articolo bibliografico nel *Giornale veneto di scienze mediche*, e vi espresse l'appunto critico di non aver noi classificato fra le solforose le acque delle Terme euganee. Creda a noi, diceva il critico, credo a noi l'Autore che abbiamo qualche esperienza locale in proposito, le acque di quelle Terme sono solforose, ed in una prossima edizione corregga l'errore.

Ne toccò rispondere all'egregio critico, che la quistione sulla pre-

(1) Formano due bei volumi pubblicati nel 1862, il primo di pag. 257 in 8.° per Recoaro, ed il secondo di pag. 37 per Civillina con belle tavole.

senza del zolfo in quelle acque fu già dibattuta ai primordj del secolo da Mandruzzato e Zecchinelli, che lo negarono sempre e costantemente, benchè sul colle Montirone si trovassero pezzi di zolfo puro.

Per quanto Plinio fin dai suoi tempi parlando di queste Terme dicesse: *nec decolor aeris argentive medicaminum argumentum est, quando nihil eorum in Patavinis fontibus, ne odoris quidem differentia aliqua deprehenditur*, ed il suo commentatore Arduino aggiungeva: *quorum aqua.... nihil a vulgari vel odore vel colore differt.* (*Historia naturalis illustravit* I. Harduinus 1723. Tom. 2.°, pag. 557) pure si mantenne fra i medici il concetto che fossero solforose.

Ma il professor Ragazzini avea già detto l'ultima parola in proposito, quando colle sue analisi del 1844 avea riscontrato tracce di questo gas solo nelle polle di Abano, e assenza completa in tutte le altre. Eppur tuttavia l'errore persistè.

Ed ora abbiamo la recente e completissima analisi del prof. Bizio, che apporta la sua autorevole voce in questa vertenza. Solo nella polla di Abano, sul Monte Irone, v'ha gas idrogeno solforato e nella proporzione di 0,20 in 100 vol. a 0° ed 1m, quantità quindi non apprezzabile. Tutto il resto è composto di acido carbonico 15,44; ossigeno 0,25; gas delle paludi o idruro di metilo 11,89; azoto 72,22. Totale coi 0,20 di gas solfidrico volumi 100.

Ne pare dunque che oramai la quistione debba ritenersi finita. Le acque delle Terme Euganee non sono solforose; contengono invece una notevole quantità d'azoto.

Quanto alla temperatura loro, esse meritano per eccellenza il nome di *termali*. Il prof. Bizio, che ha fatto ricerche termometriche diligentissime, ha trovato le seguenti cifre:

Monte Irone (Abano) in alcune polle 80°, in altre 85°, in altre 89°; altre polle al nord gradi minori. Ciò che è strano si è che il professore non trovò la temperatura sempre costante, e la variazione in rapporto coll'efflusso più o meno copioso del gas; quando infatti ad un tratto sgorgavano più abbondanti le polle aeriformi il termometro saliva.

A *Monte Ortone* trovò 63°, a *Monte Grotto* variazioni fra 65° e 76°, a *S. Pietro Montagnone* fra 70°, 72°, 78°, a *Sant'Elena* fra 58° e 71°.

Noi non possiamo qui entrare nei dettagli dell'analisi chimica, quali vengono svolti ampiamente dal chiarissimo analizzatore; dobbiamo solo limitarci a presentare la tabella che include questa nuovissima analisi delle cinque fonti costituenti le Terme euganee.

10,000 parti di ognuna di esse contiene:

	Monte Irone	Monte Grotto	S. Pietro Montagnone	Monte Ortone	Sant'Elena
Cloruro di sodio . . .	34.5898	33.0275	29.6589	20.6616	15.5471
» di potassio . .	0.1592	0.1561	0.1267	0.0974	0.0696
» di litio	0.0056	0.0052	0.0048	0.0035	0.0018
» di ammonio .	0.0083	0.0079	0.0071	0.0048	0.0034
» di magnesio .	2.0510	2.0130	1.6896	1.1539	1.0317
Bromuro di magnesio .	0.1115	0.1020	0.0938	0.0786	0.0554
Ioduro di magnesio. .	1.0043	0.0039	0.0034	0.0028	0.0015
Solfato di potassio . .	2.7423	2.1371	2.1143	1.6832	1.4521
» di calcio . . .	9.4765	8.2214	7.9676	8.9738	3.8126
» di magnesio .	—	—	—	2.0179	—
Carbonato di calcio .	2.8017	2.3469	2.1541	2.0087	1.1645
» di magnesio	0.6086	0.5579	0.5016	0.3991	0.3416
» ferroso . .	0.0018	0.0058	0.0192	0.0021	0.0127
Allumina.	0.0007	0.0022	0.0538	0.0011	0.0098
Silice	0.7450	0.6271	0.5514	0.5680	0.3913
	53.4466	49.2140	44.9162	37.6565	23.8951

Egli trovò anche traccie di acido borico e fosforico in tutte, di arsenico in tutte, meno in Monte Ortone o S. Elena che ne mancano affatto, di stronziana e manganese in tutte.

Conclude egli:

L'esposto raffronto ci palesa, come la natura di queste varie sorgenti possa considerarsi identica; ed esse rappresentino anzi quasi una medesima acqua minerale a vario grado di allungamento. La sola di Monte Ortone, indipendentemente dalla quantità della calce e del rispettivo solfato, porge un ragguardevole divario nell'acido solforico e nella magnesia, che vi si trovano in quantità superiore a quella esistente nella stessa acqua del Monte Irone; donde il solfato di magnesio che in essa rendesi manifesto, mentre manca in tutte le altre.

Veniamo ora ai *fanghi*. Generalmente vi risultano essi costituiti dalla melma di quei fossi, nei quali si riversano e scorrono le acque termali. Raccolti di là si depositano in ampie buche, dette *conserve*, dove vanno a trovarsi compenetrati e scaldati dall'acqua minerale, che o vi sgorga naturalmente o vi si traduce con canaletti. Prestato che hanno il loro ufficio terapeutico essi sono rimessi nei fossi, donde in parte si disperdono ancora e in parte sono di nuovo raccolti.

Una eccezione a questa regola generale delle Terme Euganee forma Battaglia, perchè ivi i fanghi vengono raccolti dal fondo stesso di quei bacini, donde le acque scaturiscono, e formano delle così vaste conserve da costituire dei veri laghi.

Per quantità quindi di fango, e diciamo pure per la sua maggior

pulizia, Battaglia supera quindi non solo tutte le altre stazioni euganee, ma anche tutti gli altri luoghi di fango in Italia. È noto infatti a tutti quanto scarsa sia la quantità di fango, per es., in Acqui, e come siasi ivi costretti nella forte stagione ad usare lo stesso fango per più giorni di seguito su varj individui. Battaglia invece ne ha fin troppo, di eccedente e dopo usato, ogni volta viene gettato via.

Il fango si presenta sempre dell'aspetto di una melma argillosa con odore di gas idrogeno solforato, come a Acqui, a Trescore, a Vinadio, a Valdieri, così anche alle Terme Euganee. Basta capovolgere sopra il fango una campana, nella quale sia sospesa una listerella di carta imbevuta d'acetato di piombo, che essa si annerisce.

Ma questo gas, quando come qui non esiste nelle acque minerali, dipende dalla parziale riduzione dei solfati per la presenza della materia organica contenuta nei fanghi stessi e mediante il concorso della elevata temperatura e del lungo contatto cui quelle sostanze trovansi abbandonate.

Anche l'analisi fatta dal prof. Bizio non ha trovato nulla più di ciò che sapevamo come costituenti il fango di tutti i paesi. Allumina, calce, silice, magnesia, ferro, ecco la composizione generale di tutti i fanghi, da Acqui a Battaglia.

Quanto agli stabilimenti balneari esistenti alle Terme Euganee nelle località sopramenzionate, possiamo dirne alcunchè, anche per una recente visita che avemmo l'occasione di farvi.

Quello di *Battaglia* è certo uno dei migliori d'Italia. Il conte Wimpfen, che ne è il proprietario, lo sa mantenere, per quanto risieda quasi sempre a Vienna, nelle condizioni migliori, coadiuvato com'è da un ottimo amministratore, il sig. Alberghini. Non vi trovate quindi l'industriale che cerca spillar denaro più che può dagli accorrenti, non comprendendo neppure cosa si pratica in quei luoghi, ma un gentiluomo che vuole che gli ospiti vi sieno bene accolti e trattati.

Lo Stabilimento ha propria *usine de gaz*, ufficio telegrafico, caffè, sale da ricreazione, come oramai si trova dappertutto. Ma ciò che non si ha in ogni luogo è il magnifico parco inglese, con quei maestosi viali lunghi 1[2 chilom. di platani semisecolari, quelle vaste estensioni di tappeti verdi. Nessuna stazione minerale in Italia offre, che io mi sappia, nell'interno un parco così ampio e così bello, con veri laghi, grotte, ponti, ecc., che la liberale lautezza del signor conte apre agli ospiti suoi. Quante madri avranno percorso quei sentieri guidando i loro bimbi malati in carrozzelle; quante igieniche, deliziose passeggiate vi avranno fatte i balneanti dopo il fango! Chi poi ama i fiori, troverà nelle ricche serre e nel giardino privato del conte di che deliziarsi. Vi vedrà una numerosa collezione di cactus, agave, aloe di ogni forma e colore, una lussureggiante famiglia di camelie, petunie, fucsie. Io vi rividi con piacere le palme, le dracene, i chamerops, l'albero del pepe (*Schinus mollis*), ecc., della bella flora ligure. E strano a dirsi! Mentre

in mezzo ai prati, in quell'humus impregnato di acqua calda minerale, crebbero rigogliose e belle parecchie piante di magnolie, tisici affatto mi apparvero due o tre poveri Eucaliptus, colpiti dalla consunzione nel mentre passavano dalla prima alla seconda fase della loro altrove pur brillante esistenza.

Al castello del conte, che torreggia sul colle di S' Elena, dal quale scaturiscono tutto all'intorno acque minerali in grande abbondanza, si gode una magnifica vista, e lì presso vi è la nuova grotta sudorifera, che può competere colla naturale di Monsummano e colle stufe di Vinadio.

Per cui bagni a vapore, fanghi, bagni termali di acqua clorurata sodica abbastanza forte, comodità, soggiorno bello e ridente fanno di Battaglia un luogo ben superiore ad altri più famosi. Se vi si aggiunge poi che i prezzi sono miti, ed il paese di circa due mila abitanti industre, allegro, s'avranno altre ragioni di preferenza per gli ammalati.

Monte Ortone era un antico convento d'Agostiniani. Soppresso questo nel primo regno d'Italia il governo austriaco vi creò uno :Stabilimento termale per l'esercito. E tale rimase fino al 1874 in cui il governo italiano volle concentrare tutto in Acqui, dove manca il fango e l'acqua, e vi spese molto a fabbricare. Ceduto Monte Ortone al Demanio questi lo vendè per 40 mila lire a 3 padovani, che ve ne spesero altrettanti per ridurlo convenientemente. Ha però per noi due difetti radicali, primo di essere a ridosso d'un monte che lo schiaccia e lo rende umido, secondo che è troppo isolato, per quanto non disti forse nemmeno un chilometro da Abano. Il giardino davanti allo Stabilimento sorge ora; tutto il resto è campagna coltivata; quindi senza ombre protettrici. Ha però il vantaggio di essere tenuto bene, di avere due sorgenti minerali, l'una termale, l'altra tepida, per cui non v'ha bisogno di raffreddare per il bagno l'acqua termale; di avere ottimi fanghi ed una fonte leggiermente solforosa.

Ciò che eccitò in Monte Ortone la nostra meraviglia fu la lettura del regolamento interno, nel quale non si parla mai di medico. I bagnanti, vi si legge, se l'intendano col Fangarolo per il modo e il tempo delle operazioni. Di intervento medico neppure una parola. Ma non esiste un Consiglio sanitario provinciale a Padova? Così vengono continuate le tradizioni igieniche della Repubblica veneta, che il sig. Sette, come si vedrà più avanti, ci ha fatto conoscere?

Delle altre stazioni euganee non parlo, perchè non vi ha nulla di nuovo. *Montegrotto* è sempre un luogo frequentato da chi sta male in tasca, poco pulito, e ove incontri l'umile fraticel di S. Francesco a braccio coll'agricoltore. *Abano* è sempre lo stesso, e i due stabilimenti *Orologio* e *Todeschini* nelle stesse condizioni e sempre collo stesso concorso. *S.Pietro Montagnone* ha migliorato. Vi si sta costruendo davanti un giardino pubblico, che ricreerà un po'la triste località.

La cura termale in Acqui. Guida per i medici e per i balneanti del dottor G. Garelli. Torino 1877, Ed. Casanova, un volume in 16° di pag. 144 con carta topografica. Prezzo L. 2.

L'elegantissimo volume stampato su carta di china con caratteri elzeviriani, tratta della cura di Acqui, sulla quale già tanti scrissero. Era quindi difficile dir cose nuove. L'Autore descrive Acqui, il suo territorio, gli stabilimenti, le acque, ecc.

Trattando di queste l'Autore dà solo la vecchia analisi del professore Ottavio Ferrario che data dal 1841 ed ommette invece quella di quell'illustre chimico che è il Bunsen, ottenuta nel 1871 per atto di squisita gentilezza da chi scrive queste righe. Ciò sembra sia fatto per mantenere il vecchio pregiudizio che le acque dei bagni d'Acqui sieno solforose, mentre non sono che debolissime clorurate-sodiche (saline) termali. Per ciò si pone pure nel dimenticatojo l'analisi fatta da Sobrero e Schivardi nel giugno 1874 col solfidrometro di Dupasquier, mediante il quale fu trovato essere minimissima la quantità di gas acido solfidrico, e da ritenersi anzi la sua presenza in quelle acque affatto eccezionale. E ciò in prova di quanto scriveva il prof. Bunsen al dottor Schivardi, credere assai dubbio vi possa essere in quelle acque acido solfidrico in quantità apprezzabile, perchè non vi trovò le sostanze che caratterizzano le sue varie fasi.

Siccome per i bagni si usa unire l'acqua solforosa fredda del Ravanasco coll'acqua termale salina, così si credette sempre che in Acqui si potesse compiere una cura solforosa-clorurata. Ma se dall'analisi solfidrometrica fatta da Sobrero e Schivardi risultò che l'acqua del Fontanino del Ravanasco conteneva al punto d'emergenza centimetri cubici 19,58 di gas, si constatò pure che quest'acqua giunta nel serbatojo per la inetta tubazione e conservazione lo perdeva quasi tutto e nelle vasche da bagno era quasi irreperibile. I bagni d'Acqui si può dire si facciano solo con acqua termale salata, ma pochissimo salata.

Per la quantità e temperatura l'Autore anzichè riferire le diligenti esplorazioni fatte da Sobrero e da me, non dà che quelle di libri vecchi. E sì che sotto questo punto di vista non si poteva apportare alcun danno a quelle Terme attenendosi alle nostre scrupolose investigazioni.

Dice poi (pag. 20) che secondo il parere di *distinti chimici* operazioni balnearie simili a quelle che si fanno nello stabilimento si potrebbero eseguire alla *bollente* che sgorga in città. Difatti l'acqua della bollente è pure un'acqua termale salata, come quella che si usa ai bagni d'Acqui; com'essa contiene pochissimo gas solfidrico e pochissimo sale, ed appartiene alle clorurate-sodiche debolissime; solo che conviene abbassarne l'alta temperatura (75°) accogliendola in appositi grandi tepidari, nel qual caso è possibile che perda anche quelle poche sostanze minerali che contiene, e diventi dell'acqua comune calda.

Dalle regioni circostanti si trae la terra per i fanghi, e questa.... messa a macerare dentro all'acqua termale poco a poco si rammollisce ed in quella si spappola convertendosi in fango.... dice l'Autore. Finora però questo non si è mai fatto. Chi scrive queste righe insistè anzi più volte a voce ed in iscritto presso le Autorità amministrative, affinchè si seguisse siffatto processo, si aumentasse così la quantità di fango e si togliesse quello sconcio vergognoso che lo stesso fango serva nei giorni di gran lavoro per parecchie persone. Ma noi temiamo che non si sia ancora fatto e che quell'asserzione non resti che un pio desiderio dell'Autore.

Esprime lui pure, l'Autore, il postulato che finalmente si provveda quello stabilimento di acqua potabile; altro sconcio gravissimo di quel luogo, invano tanto spesso lamentato, e che non è certo decoroso per la *famosa* fama europea delle Terme d'Acqui.

Del fontanino del Ravanasco dice che *abbonda di acido solfidrico e di cloruro di sodio* (pag. 25). In realtà è questa una asserzione molto lontana dal vero. Quella fonte appartiene alle solforose calciche deboli non avendo che 19 c. c. di gas. Il modesto Trescore in provincia di Bergamo ne ha 55. In quanto al cloruro di sodio ve n'ha una quantità minimissima.

L'Autore parla anche *d'inalazione attorno alle sorgenti e sopratutto nei camerini da bagno e da fango.* Io non so cosa si potrà inalare nei camerini se non dell'acqua carica di vapori e dei detritus del corpo umano, essendo essi così poco aereati che nella seconda metà della giornata vi si soffoca. Certo che nè gas solfidrico, nè cloruro di sodio si troverà in quell'aria da inalare.

Venezia e i suoi bagni; del dott. S. Carazzolo di Monselice. (*Gazzetta med. Prov. Venete*, numeri 35, 36, 37 del 1877).

La bella città delle lagune va aumentando sempre più in fama per la sua prospera stagione balneare, che vale alquanto a rallentare quel suo progressivo decadimento che tanto rattrista il visitatore. In giugno e luglio essa riacquista un po' dell'antico splendore. Lo si deve in special modo a due società, quella per la navigazione a vapore lagunare, e quella per i bagni del Lido, di entrambi le quali fu uno dei più attivi propugnatori e ne è attualmente solerte direttore un nostro collega il dottor M. R. Levi, al quale si deve anche quel bellissimo Ospizio marino per gli scrofolosi, di cui parlai nella *Rivista* dello scorso anno.

L'Autore descrive minutamente i mezzi balneatori di cui dispone Venezia e tributa giuste lodi all'egregio Levi. Sarebbe quindi opportuno che di questo suo lavoro ne avesse fatto una pubblicazione a parte.

Sulle proprietà e sull'uso delle acque di Montecatini; del prof. F. Fedeli. Pisa, T. Nistri e C. 1877, un opuscolo di pag. 34.

È la 3ª edizione di un opuscolo dell'Autore ma che ora ci offre notizie su di una nuova acqua minerale ivi scoperta alla quale l'Autore

ed il prof. Meneghini vollero dare il nome di *Acqua Savi* in attestato di ricordanza del celebre loro collega ed amico.

La nuova acqua è limpida, inodora, di sapore salino assai aggradevole, della temperatura di 22°. L'analisi è dell'Orosi e sembra che sia un vero acquisto e che meriti un posto distinto. Possiede una azione purgativa più valida dell'acqua della *Regina*, può essere trasportata perchè si conserva a lungo senza alterarsi in vasi ben chiusi, contiene litina in quantità misurabile: l'acqua del *Tettuccio* così rinomata, ha debole azione purgativa ed è quasi dappertutto sostituita dall'altra della *Regina*.

Guida alle Terme di Vinadio; del dott. G. Rabajoli. Torino 1877, Ed. Casanova. Un volume in 16° di pag. 122 con una carta topografica. Prezzo L. 1,50.

In una mia apposita pubblicazione dedicata a questa fonte, e che fa parte di una serie di lettere balneologiche che videro la luce nella *Gazzetta Medica* di Milano del 1876, io ho dimostrato come Vinadio sia una sorgente solforosa di qualche importanza, come la specialità delle sue muffe e delle sue stufe ne facessero una stazione minerale importante. Aggiungeva come l'aria pura e riccamente ossigenata, ad una moderata altitudine, di quel solitario recesso delle alpi, la vita libera e lontana da ogni rumore cittadino, la modicità dei prezzi doveano attirarvi molte persone.

Sventuratamente è ancora troppo poco conosciuto quel luogo, e ben fece l'Autore a darne cogli eleganti tipi del Casanova e come quella di Acqui in carta di china una bellissima guida, e quel che è più ben fatta e veritiera.

L'acqua minerale ha 20°, contiene cent. cub. 17.78 di gas acido solfidrico. Le sue stufe sono potenti, ottimi i fanghi, che si preparano in proporzione del bisogno.

È un luogo di cure serie, e dove le malattie articolari trovano sempre notevole sollievo.

Il bagno di Ischl. Nuova analisi delle sue sorgenti del barone Carlo von Hauer. Vienna 1878, Wimmer edit. Un opuscolo in 16° di p. 24.

Ischl è il più elegante ritrovo che abbia l'arciducato d'Austria, e dove si raccoglie nella buona stagione l'*élite* della popolazione della capitale. La purissima e balsamica aria montanina, il clima mite in rapporto coll'altitudine del luogo (500 metri sul livello del mare), l'ottima acqua minerale molto carica di sal marino, la magnifica natura alpina e l'installamento grandioso del suo *Cur-salon* sono le cause di un concorso così numeroso e così scelto.

Vi si fanno bagni d'ogni sorta, da quelli dell'acqua minerale che caratterizzano la località, ai bagni di abete, di fango, di siero, di vapore, ecc. oltre a tutto il resto, come apparecchi pneumatici, cura col siero, col latte, con suchi vegetali, ecc.

Ma quello di cui vogliamo qui occuparci principalmente è la nuova

analisi di quelle sorgenti fatta dall'Autore, che è I. R. Consigliere delle miniere,' Direttore del laboratorio dell' Istituto geologico di Vienna, e che gentilmente volle inviarcela. L' analisi fu intrapresa dietro invito della *Cur-Commission* di Ischl, che non tralascia nulla onde avvantaggiare quel luogo. L'Autore fu espressamente alle fonti onde compiervi i primi assaggi, il resto fu fatto nel suo laboratorio su acqua portatavi con tutte le precauzioni, e sui rimasugli dell'evaporazione.

Tre sono le sorgenti di Ischl, dette *Schwefelquelle*, *Klebelsbergquelle*, *Maria-Louisenquelle*. Tutte sono fredde avendo circa 12° C. La prima è salino-solforosa, le altre solo saline. L'Autore dice che la quantità d'acqua che esse danno è grandissima, ma non ci da alcuna cifra per cui si possa giudicarlo.

Il peso specifico è alto, perchè nella prima è di 1,0175, nella seconda 1,0045, nella terza 1,0045.

Tutte tre contengono gas acido carbonico nella proporzione di gr. 0,093 nella solforosa, 0,132 per la seconda, 0,294 nella terza per litro. La prima contiene 0,059 di gas acido solfidrico.

Ed ecco ora la quantità delle sostanze solide in ognuna e per litro.

	Schwefelquelle	*Klebelsbergquelle*	*Maria-Louisenquelle*
Carbonato di calce	0,0920	0,0152	0,1976
» di magnesia	——	0,0113	0,0109
Solfato di calce	0,4596	0,2445	0,0782
» di potassa	0,0247	0,0188	——
» di soda	4,1268	0,2749	0,0710
Cloruro di sodio	17,0056	5,1186	5,5801
» di magnesio	0,7323	0,4061	0,0985

Da questa analisi risulta quale importantissimo posto spetti fra le clorurate-sodiche a queste acque, principalmente alla prima, la quale merita proprio il nome di *Soole* con cui in Germania si indicano le clorurate-sodiche fortissime.

Pochissimo iodio, anzi appena traccie furono trovate di esso in tutte tre.

Recoaro e le sue sorgenti minerali; del dottor L. Chiminelli. Paris Tipogr. de A. Pagent 1877. Un opuscolo in 8° di pag. 16.

L'egregio Autore, che da tanti anni rappresenta il Governo quale R. Commissario a quelle fonti, ha voluto pubblicare in francese uno di quei suoi libriccini in cui con brevi parole espone le notizie principali riguardanti Recoaro, la bella natura, le gradite passeggiate, e le diverse malattie curabili con quell'acqua. Così ha contribuito a farle maggiormente conoscere all' estero, dopochè il dott. Labat ne ebbe dato una prima descrizione.

Sulle spiaggie del mare. Appunti di climatologia, balneoterapia e botanica marina, con alcuni cenni su Sanremo; del dott. Alberto Cougnet. Reggio-Emilia, Tip. Degani. Un vol. in 16° di pag. 140, L. 2.

L' Autore sotto il modesto titolo di appunti ha abbracciato molti ar-

gomenti, che non ha potuto che sfiorare. La climatologia e la balneoterapia non sono che accennate nei capitoli che le riguardano. Importante invece e ben fatto ed interessante è quello che riguarda la botanica e la zoologia marina, illustrato con figure.

Importantissime poi sono le tavole grafiche dimostranti le curve baro-termo-igrometriche per i mesi di ottobre, novembre, dicembre, gennaio, marzo, aprile di quella oramai importante stazione climatica.

Vademecum d'Idrologia medica ad uso degli studenti e dei medici pratici; del dott. P. Schivardi. Padova, Verona, Lipsia, 1877. Editori Drucker e Tedeschi. Un Vol. di pag. 356. L. 4.

Su quest' opera ci limitiamo a presentare il giudizio che ne dava il compianto prof. Ghinozzi nel suo giornale *Lo Sperimentale*, fascicolo di luglio.

« Compendiare una scienza molto svariata ed estesa qual'è l'idrolo-
« gia applicata ad altri casi medici, bene non lo può fare che quegli che
« l'ha già nella sua mente percorsa ed abbracciata in tutta la sua mag-
« gior estensione. Ora chi tra i medici in Italia si è occupato più e me-
« glio del dott. Plinio Schivardi di tale argomento?

« L'opera quindi che qui annunziamo, di recentissima pubblicazione,
« gli editori non la potevano per avventura affidare a mani più abili ed
« esperte.

« Ed a noi sembra che l'egregio Autore nel compierla abbia piena-
« mente confermata l'opinione meritamente acquistata, e difficilmente i
« medici italiani potrebbero avere un lavoro che additasse loro le più
« usitate sorgenti di acque minerali nostrali e straniere a minor prezzo,
« e più istruttivo. »

Sull'azione delle bevande contenenti acido carbonico; di H. Quincke. (*Archiv für experimentelle Path. und Pharmac.*, fasc. 2°).

L' acido carbonico forma un elemento importante nella costituzione delle acque minerali naturali ed anche delle bibite artificiali le più comuni, che meritava proprio si studiasse bene l'azione che esercita quando giunge nel ventricolo sciolto nell'acqua.

La sua azione veniva descritta così dagli scrittori di Idrologia. Astrazion fatta dall'azione da lui esercitata nella cavità della bocca, produce nel ventricolo senso di calore e di tensione; i nervi sensibili del ventricolo sono calmati, il moto peristaltico del ventricolo ed intestino eccitato; l' appetito e la digestione vengono eccitati, come anche la secrezione del ventricolo, per quanto Valentin metta dei dubbi su ciò. Secondo alcuni accelera anche la respirazione ed il polso, mentre altri osservarono rallentamento di quest'ultimo e diminuzione della temperatura del corpo. Le azioni generali dell'organismo diventano fresche ed energiche; l'attività dello spirito aumentata. A grande quantità vertigini e congestioni cerebrali. Rosenstein crede che le bevande con questo gaz sieno i migliori diuretici, e che il gas passi nell'orina. Altri non fanno cenno neppure di un'azione sui reni.

L'Autore ha cominciato a studiare dapprima l'asserita azione diuretica su persone sane o quasi sane, con appetito buono e regolare e che nell'ospedale aveano lo stesso vitto. Attorniò i suoi esperimenti di tutte le precauzioni; usò acqua distillata carica di gas, fece confronti con acqua pura.

Ed ecco ora le sue conclusioni:

Bibite contenenti gas acido carbonico sono diuretiche, inquantochè la secrezione urinaria diventa dopo di esse più copiosa che dopo acqua comune.

Questa aumentata diuresi conviene spiegarla con un più rapido assorbimento.

La pressione sanguigna non viene influenzata, la frequenza del polso solo debolmente.

I movimenti respiratori diventano per riflesso più profondi e più lenti.

Degli effetti fisiologici dei bagni di aria calda; del dott. Krishaber. (*Société de biologie de Paris.* Seduta del 6 novembre 1877).

L'Autore si propose di studiare l'azione esercitata dal bagno d'aria calda sulla temperatura del corpo, sulla circolazione e sulla respirazione, e qual sia la relazione fra la temperatura ambiente ed i fenomeni provocati.

Le esperienze le fece su se stesso. Prima d'entrare nel bagno d'aria calda egli offriva: temperatura 36°,6, polso 73, respirazione 19. Sono le ore 3,44 ed entra nel camerino che offre una temperatura di 62°. Questa aumenta gradatamente per 26 minuti; negli ultimi 5 minuti raggiunge i 75° e si mantiene a questo grado.

Alle ore 4 l'Autore offre: temperatura 39°,2, polso 160, leggiero soffio sistolico al cuore. Alle ore 4,5 temperatura 39°,4; alle 4,10 temperatura 39°,6. A questo punto, 26 minuti dopo l'ingresso, l'Autore prova un malessere indefinibile e non può più scrivere. Allora ne esce, si sottopone ad una doccia di 12° della durata di un minuto. Al primo momento della doccia dice di aver provato l'arresto del cuore della durata di 2 minuti secondi. Due minuti dopo altra doccia fredda della durata di 12 minuti (!) con qualche minuto secondo d'intervallo.

La temperatura è di 38°,6, il polso 74. C'era quindi in questo momento una sproporzione singolare fra i fenomeni osservati, perchè mentre la temperatura era di 2° sopra il naturale, il polso era disceso al punto normale.

L'Autore crede quindi di conchiudere che se la doccia fredda prolungata abbassa di poco la temperatura, influenza invece rapidamente la circolazione, deprimendola. L'Autore riposa infine in una camera, la cui temperatura è di 26°. Alle 4,32 (otto minuti dopo la doccia) la temperatura è 38°; alle 4,45 è 37°,9, polso 76. Dopo di chè la temperatura decresce progressivamente e regolarmente, ma in seguito meno rapida-

mente e resta a 38°,6, cioè un grado più del normale. Alle 5,10 la temperatura è ancora a 37°,6 ma il polso a 68.

Alle ore 6,10 l'Autore entra nel bagno d'aria calda che ha la temperatura di 40° e cresce fino a 50°. Vi resta 40' minuti, e alle 6,35 offre: temperatura 39°,2; alle 6,40 temp. 39°,9, polso 170; alle 6,45 temp. 40°, polso 185; alle 6,50 temp. 40°,2, polso impossibile a contarsi!

Esce dal camerino con nausea e cefalea, prende una doccia a 30° della durata di 2 minuti, seguito subito da altra a 22° e poi da una a 16°. Alle 7,30 la temperatura è di 39°,9, cessa la cefalea, la sete si fa ardente e rientra nel camerino la cui temperatura oscilla fra 65° e 70°. Alle 8 la temp. è 39°,3, il polso 174. Ne sorte, prende una doccia a 12° ed alle 8,20 ha 37°,6 di temp. Alle 11 di notte la temperatura è ancora di un grado superiore alla normale, polso 63.

L'Autore ripetè questi esperimenti e giunse a sopportare 80° salendo la sua temperatura ascellare a 41°,8. Io m'ebbi, dice, tutti i sintomi apparenti di uno stato patologico artificiale, con temperatura, circolazione, respirazione come nello stato febbrile, e nel tempo stesso sudore profuso, eppure io non sentiva la febbre. Fatta l'abitudine non soffriva più cefalea, nè malessere. La temperatura quando fu portata ad un certo grado discende lentamente, mentre polso e respirazione riprendono tosto equilibrio.

Rapporto generale sul servizio medico delle acque minerali in Francia. Relatore LABOULBENE, per il 1873 e 1874. Relatore JULEZ LEFORT per il 1874-75. (*Mémoires de l'Academie*, Tomo XXXII e XXXIII. Paris, G. Masson, Editore).

L'*Academie de medecine* in Francia ha parecchie commissioni permanenti, le quali pubblicano quasi ogni anno interessanti rapporti che vedono la luce nelle *Mémoires* di quella illustre compagnia. Sfortunatamente però sono sempre in ritardo, e questi rapporti furono pubblicati solo nelle *Mémoires* del 1877, forse perchè indirizzati al ministro d'Agricoltura e Commercio, che ne avrà prima voluto prendere notizia.

I relatori fanno però anche osservare che dopo la guerra i rapporti dei medici ispettori furono assai scarsi e che quindi si sono dovuti riunire i bienni. Essi insistono anzi affinchè l'Accademia ed il Ministro facciano sentire ai signori medici ispettori la opportunità dei rapporti annui, che non contengano però soltanto delle notizie statistiche, ma anche delle osservazioni scientifiche.

Le acque minerali costituiscono un elemento di prosperità e di ricchezza per i paesi dove esistono; esse assicurano in parecchi luoghi il benessere e la ricchezza degli abitanti. Importa dunque che anche i governi non le dimentichino. Si può affermare senza esagerazione che le malattie costituzionali dovute alla diatesi scrofolosa, erpetica, ecc., offendono più una popolazione che una epidemia passaggiera, e le acque minerali ne sono la medicazione più comoda e più sicura. Perciò l'importanza dell'interesse da parte dell'Autorità, ed i Relatori domandano quindi

al Ministro che nuove analisi e specialmente la spettrale sia fatta delle acque minerali di Francia. .

I Relatori raccolgono quindi in grandi quadri : 1° Le informazioni ufficiali dei singoli medici ispettori ; 2° la lista degli stabilimenti dei quali non pervenne rapporto alcuno; 3° le memorie scientifiche o lavori particolari manoscritti inviati da alcuni medici ispettori ; 4° le opere stampate sulle acque minerali. La lista di queste indica un movimento scientifico reale; sono in numero di 39 per il primo biennio e di 22 per il secondo.

Non mancano anche i rapporti degli stabilimenti militari, che da noi vengono trasmessi invece al Ministero della guerra, e sono quelli di Borbonne-les-Bains, Vichy, Amelie-les-Bains, Hammam Rir'a e Hammam Meskoutine in Algeria.

Dalla tabella che dà il movimento del 1874 nei varj stabilimenti di Francia risulta che il più frequentato è Vichy con 6207 ammalati paganti e 1776 gratuiti. Poi viene Capvern con 3384 paganti e 300 poveri, Mont-Dore con 3600 dei primi. Allevard con 2841, Aulus con 2000. Il meno frequentato è Pietrapola con 400. Notisi però che molti stabilimenti, come già dissi, non hanno mandato rapporti di sorta, perchè credo che altre cifre e ben più alte sarebbero a registrare.

Nei 5 stabilimenti militari suindicati quelli che più figurano sono Amelie, Vichy e Bourbon.

In seguito i Relatori passano in rivista i rapporti manoscritti ricevuti. Per Allevard si nota i felici risultati ottenutivi per le affezioni croniche della mucosa della faringe, laringe e bronchi nonchè nella tisi al primo grado colla bibita dell'acqua solforosa e col soggiorno nelle sale d'inalazione. Per la stazione di Aulus si fa notare che sono principalmente le affezioni sifilitiche ribelli ai mercuriali ed ai jodici che vi si curano. Il relatore porta 85 osservazioni. Quasi tutti i malati ottennero un miglioramento notevole e insperato. A Barbotan vi sono fanghi e vi si curano reumatismi e nevralgie. Tutti conoscono le applicazioni di Bareges, e come il reumatismo cronico ben di rado vi resista. Le acque di Bourbon sono indicate per la diatesi scrofolosa ed ingorghi articolari. Contrexeville è il rivale di Vichy, Enghien di Allevard. Il dott. Pidoux l'antico collega di Trousseau sostiene Eaux Bonnes per la tisi. La Malou ha fama per i reumatismi. Néris per la sua alga famosa nelle nevralgie. L'importanza di Vals e Vichy va continuamente aumentando.

Finiscono i dettagliati rapporti colla proposta della Commissione per il biennio per 8 medaglie d'argento a otto medici-ispettori che hanno presentato la miglior relazione scientifica sulla loro acqua minerale, nonchè altre 8 di bronzo. Per il 1874 la medaglia d'oro al dott. Lebret per il suo bel *Manuel médic. des eaux minér.* e 25 anni di ispettorato, 3 medaglie d'argento, e 6 di bronzo.

Relazione sull'andamento e risultato delle cure balnearie ed idropiniche dell'anno 1877; del dott. P. E. MANAYRA. *(Giornale di medicina militare*, marzo 1878).

Confesso che la parola *idropiniche*, che prima mi capitò sott'occhio, mi produsse una piccola sorpresa. Da tanti anni che mi occupo teoreticamente e praticamente di balneoterapia, non mi capitò mai nè di sentire, nè di vedere questa parola, e la credetti dapprima un errore di stampa, ma poi la vidi ripetuta spesso e dovetti crederla esatta.

Richiamando però alla mente qualche ricordo della lingua greca, trovai che infatti πινος vuol dire bevanda, e che questo nome è addattatissimo per tutte le cure colle acque minerali prese per bibita.

L'Autore che è Colonnello medico, direttore del ben noto e pregiato *Giornale di medicina militare*, e valente chirurgo operatore ha addottato quindi questa espressione per indicare le cure per acqua che si beve.

I militari che furono ammessi nel 1877 alle cure termominerali di Acqui, Ischia, Casciana, Salsomaggiore furono 979. Di questi guarirono 276, migliorarono 563, morì 1, e soli 139 non ottennero alcun giovamento. Gli ufficiali ottennero risultati di gran lunga più favorevoli degli uomini di bassa forza, poichè nei primi la media dei guariti fu di 43,5 per 0[0, quella dei migliorati di 48,4 per 0[0 e dei risultati negativi 8 per 0[0; mentre nei secondi non raggiunse che il 14,7 per 0[0 di guarigioni, il 65 per 0[0 di migliorati, e s'ebbe il 19,5 per 0[0 di esiti nulli.

Risulta poi da questi quadri che nei reumatismi e reliquati loro i bagni di Casciana fecero miglior prova di quelli di Acqui, i quali si sono chiariti più proficui di quelli d'Ischia; che nei reliquati di traumatismo i bagni ed i fanghi d'Acqui mantennero la loro secolare riputazione, mostrandosi più vantaggiosi dei bagni d'Ischia e di Casciana, i quali diedero su per giù la medesima proporzione di esiti favorevoli; che nelle affezioni scrofolose Salso diede migliori risultati dei bagni d'Ischia, i quali riuscirono più efficaci di quelli di Acqui rimasti al di sotto dell'aspettativa; che nelle malattie cutanee i bagni di Casciana corrisposero meglio di tutti (1).

In tutti questi luoghi fu cura dei medici militari, che vi funzionarono da direttori, di far pesare i pazienti prima e dopo la cura, ed in circa 3[4 dei bagnanti si riscontrò a cura finita aumento di peso.

Questo aumento però, è chiaro, che non deve essere attribuito esclusivamente alla favorevole influenza dei bagni, ma anche alla più ricca alimentazione, alla sospensione delle fatiche, alla vita quieta e tranquilla che si conduce durante le bagnature.

Parlando d'Acqui l'Autore dice: *nessuno ignora come i bagni d'Acqui*

(1) Vedi su questa fonte l'articolo bibliografico dato sul libro del prof. Minati nel fascicolo precedente di questi *Annali*.

vadano famosi particolarmente per la loro virtù anti-erpetica... questa virtù non venne smentita dal risultato ottenuto nello scorso anno giacchè... su 38 casi di affezioni cutanee ne guarirono 14, migliorarono 16 ed 8 soltanto non ne risentirono alcun vantaggio. Veramente non fu mai detto da alcuno dei medici che praticarono alle Terme acquensi, che le loro acque *vadano famose particolarmente* per la virtù anti-erpetica; credo anzi sia entrato nel convincimento anche dei miei colleghi che esse sieno di gran lunga inferiori alle altre consimili e specialmente poi a Tabiano.

L'Autore però con schiettezza aggiunge che *alcuni* di quei militari *erano guariti fin dall'anno precedente,* ed alcuni altri offrivano al loro giungere allo stabilimento *lievissime traccie del male.*

Anche il dott. Manayra parla pure di *acque solfuree di Acqui* trattando di queste cure balnearie, mentre allo stabilimento militare per bagni non si può usare che acqua termale salina, non servendo la solforosa del Ravanasco che per i bagni dello stabilimento civile.

Non sappiamo come i Bagni di Casciana, che secondo l'Autore ed altri sono di *acqua acidulo-ferruginosa* abbiano potuto riuscire utili nelle malattie cutanee. Noi invece che le crediamo *solfato-calciche,* ce lo spieghiamo facilmente. I tentativi di cura, che vi furono fatti col fango che riveste piuttosto abbondantemente il canale di rifiuto delle acque dello stabilimento, conservando ancora una discreta termalità, *sortirono esito sfortunato, e mostraronsi inattivi, e molesti agli infermi* per il senso di *perfrigerazione che loro causavano.* La cura a Casciana consistè puramente e semplicemente in bagni e doccie.

Anche per la virtù anti-erpetica di Casciana convien osservare che i 21 casi contemplati nella relazione erano per lo più forme leggiere, recenti, non complicate, e che forse sarebbero guarite anche con bagni di acqua comune.

Nell'anno 1877 funzionò per la prima volta il nuovo stabilimento balneario militare di Porto d'Ischia, con provvido consiglio fondato nella Villa Reale. Vi furono utilizzate le sorgenti dette del *Fornello* e *Fontana,* le quali per temperatura e mineralizzazione sono eguali alle altre dell'Isola, tutte saline e termali. La temperatura di queste due è di 55°. L'Autore dice che la sorgente è *abbondante* perchè dà 2000 litri al giorno. Per nessuno certo appartiene alle abbondanti, anzi alle molto scarse, e quella cifra è da ritenere un errore di stampa. Contengono per litro grammi 4,4312 di cloruro di sodio, un po' di iodio, 0,655 di solfato di soda, e 0,275 di quello di magnesia. Assicura l'Autore che lo stabilimento per condizioni igieniche, per comodità di locali, per amenità di posizione può gareggiare con tutti gli stabilimenti congeneri che l'isola possiede. La cura consiste in bagni, fanghi, doccie, stufe e nell'uso interno della fonte del *Castiglione.*

Nel novero dei traumatismi figuravano 25 fratture, delle quali le più recenti furono quelle che ritrassero maggior giovamento, senza che il

consolidamento del callo, contrariamente all'opinione dei medici d'Acqui, ne fosse impedito o ritardato.

Questi fanghi furono fabbricati coll'argilla, fatta trasportare del cretaro, posta a macerare nelle conserve d'acqua termale. Si trovarono di pari efficacia di quelli tolti dalla sorgente *Rita*, che godono molta fama in Ischia.

Quindici soli furono i militari mandati a Salsomaggiore, tutti per affezione strumosa; 4 guarirono, 10 migliorarono.

Le stazioni ove si inviarono militari per i bagni marini furono Genova, Livorno, Civitavecchia, Napoli, Palermo, Ancona, Venezia, ma il numero degli infermi così sparpagliati fu solo di 188. S'ebbero però benefici risultati.

Veniamo ora agli *stabilimenti idropinici*, che formano la IV parte della Relazione. Riguardano Montecatini e Recoaro. Del primo mancano i dati, d'altronde pochi vi andarono. Al secondo invece furonvi 184 militari, di cui 101 ufficiali e 83 soldati, ripartiti in 4 mute. Si ebbero 43 guarigioni, 128 miglioramenti, 12 esiti negativi ed 1 morto, sventuratamente, aggiungiamo noi, un suicidio, nella persona di un valente collega. Le malattie principali furono: anemia, catarri gastrici ed intestinali, ingorghi del fegato e della milza, emorroidi, cachessia palustre, catarri vescicali. La cura consistè solo nella bibita.

Relazione medico-statistica delle cure effettuate coi bagni salini-iodati di Salsomaggiore; del dott. Ventura. Parma 1878. Un opuscolo di p. 10.

È veramente una pubblicazione molto modesta. L'Autore dice che l'incremento progressivo che va prendendo d'anno in anno questa stazione balneare basta a dimostrarne la sorprendente efficacia; che già il vecchio fabbricato (e infelice aggiungeremo noi) è insufficiente, per cui un nuovo più elegante e fornito di tutti i processi terapeutici suggeriti dalla scienza sarà in un breve periodo di tempo compiuto. Speriamolo adunque. — Il numero dei bagni somministrati fu di 19,300

L'Autore annuncia essere suo intendimento di render conto dei risultati ottenuti ogni anno, e che al quadro sinottico delle malattie secondo l'età e il sesso farà precedere la storia coscienziosa delle più ragguardevoli guarigioni ottenute.

Dal quadro risulta che 697 furono gli accorsi, e che di questi migliorarono 526, non migliorarono 171. Nella colonna intitolata denominazione delle malattie troviamo: *temperamento scrofoloso, abito linfatico*, ecc. Il maggior numero (150) è dato da quest'ultimo, poi segue 130 per la *sifilide cronica* e *terziaria*; le altre sono cifre di gran lunga minori.

È noto poi che a Salso si mandano i scrofolosi di Parma e di parecchie città della Lombardia. Nel 1877 furono circa 70. Dopo 20 bagnature nella pura acqua salsoiodica, dice l'Autore, molti sono guariti, altri hanno riportato grandissimo vantaggio.

Le storie delle *guarigioni ragguardevoli* sono 7. La prima è di un uomo di 40 anni con estesissime piaghe di natura sifilitica con scopertura del periostio e carie delle ossa, per modo che era obbligato a letto od a reggersi colle gruccie. La seconda è di una trilustre giovinetta con pedartrocace e nelle stesse condizioni. La terza è una donna di 36 anni con tumore voluminoso della classe dei fibromi aderente alla parte anteriore dell'utero. La quarta uno studente di 17 anni con pedartrocace, impossibilitato a reggersi. La quinta una signora con ascesso all'articolazione ileo-femorale destra, che attraversava con profondi seni fistolosi. La sesta una signora affetta da due grossi fibromi d'utero che gli impedivano di reggersi in piedi. La settima, soggetto delicatissimo, con affezione d'utero (?) estesa al peritoneo con metrorragia ed estenuata di forze.

L'Autore espone il nome e cognome di quasi tutti, il che se offre maggior garanzia di sincerità, dà però luogo ad altri inconvenienti.

Resoconto dei bagni animali fatti nello stabilimento di mattazione di Roma; del dott. G. Fiorelli. *(Gazzetta Medica di Roma*, n. 7 del 1877).

Questa pratica schifosa, della quale noi non vediamo la ragione, continua a praticarsi a Roma, mentre nelle altre città è quasi dappertutto abbandonata. 213 individui invero nel 1876 vi accorsero, dei quali 190 adulti e 23 bambini, oltre a 19 che riapprofittarono del bagno dopo d'averne tratto vantaggio nel precedente anno. I poveri ebbero 1749 bagni adoperando 2005 mastelli di *materia chimacea vaccina*, come la chiama l'Autore. Gli altri fecero 537 bagni e ne consumarono 1432, che calcolate a L. 0,50 diedero al Comune di Roma L. 716 nel bilancio attivo, perchè il Macello è condotto per conto dell'amministrazione comunale.

Le guarigioni complete, dice l'Autore, furono 95; la maggior parte per anchilosi, o movimenti dolorosi e difficili, cagionate da fratture, distrazioni, lussazioni, ferite, reumatismo, ecc. Ebbero notevole miglioramento 52; alcun vantaggio 54.

Dal 1859 epoca in cui venne aperto lo stabilimento, nota l'Autore, il numero *dei bagnanti* è stato sempre in aumento. È così strana la cosa che riportiamo la tabella:

Anni	Infermi ammessi per conto del Comune	Infermi ammessi per conto degli infermi	Totale
1867.	13	11	24
1868.	72	92	164
1869.	60	85	145
1870.	73	63	136
1871.	84	50	134
1872.	93	68	161
1873.	97	86	183
1874.	140	82	222
1875.	98	94	192
1876. . . .	116	97	213

Perciò l'Autore domanda delle migliorie al Municipio, e cioè l' ampliamento dell'attuale stabilimento, che ha pericoloso l'accesso, che ha l'inconveniente di *dover prendere il bagno in comune ed in camere relativamente piccole con poca aereazione e col puzzo insopportabile che si sviluppa della quantità di materie chimacee e dall'aria irrespirabile.* Nientemeno!

Resoconto medico della stagione 1877 dei bagni di Levico; del dottor G. Pacher. (In varj numeri della *Gazzetta med. Prov. Venete* del 1878).

L'egregio Autore continua ogni anno nel pratico divisamento di pubblicare il resoconto delle cure praticate in quella ormai celeberrima stazione idrominerale. Precedono le solite notizie meteorologiche, da cui risulta che nei mesi di luglio e agosto la temperatura stette fra 26° e 27° e nella fine d'agosto raggiunse i 28° e 29°, il che, p. es., non avviene mai a Recoaro. Osserva che il settembre va distinto per dolce temperatura e tempo bello e costante, per cui giustamente protesta contro l'invalsa abitudine di cessare in questo mese la cura, che pure sarebbe proficua.

A dare un'idea dell'importanza assunta oramai da Levico basterà notare che nello Stabilimento nel 1877 furono presi 20,451 bagni da 1300 bagnanti; nel 1876 invece furono 21,025 bagni essendo i bagnanti 1213. È da notarsi poi che il numero delle donne supera sempre quello degli uomini, poichè se nel 1876 questi furono 502 e 711 quelle, nel 1877 pure 548 furono i primi e 752 le seconde. In luglio si giunse fino a 400 bagni al giorno.

Al bagno alpino del Vitriolo le bagnature furono 3874 ed anche qui 170 le donne e 130 gli uomini.

Interessanti sono poi le osservazioni che seguono, tutte firmate dai singoli medici curanti.

Resoconto clinico-climatico delle Terme Belliazzi-Manzi in Casamicciola dirette dal prof. B. PAONI. Studj ed osservazioni del dott. E. FAZIO. Anno 1.°, Napoli 1878, tip. Pignatelli. Un Vol. in 8.° di pag. 104.

Lo scorso anno il bellissimo Stabilimento Belliazzi-Manzi di Casamicciola nell'Isola d'Ischia è stato diretto da quell'egregio Idrologo che è il prof. Paoni, assistito dall'Autore, ed entrambi hanno voluto pubblicare questa elegante e coscienziosa esposizione dell'opera loro.

In una interessante prefazione cominciano col render conto delle numerose difficoltà che hanno incontrato Esistevano già i due Stabilimenti Manzi e Belliazzi, che per sviluppo architettonico, per gusto artistico, per condizioni intrinseche erano commendevoli, ma mancava ancora il più, una capace direzione medica. Gli Autori dovettero quindi apportarvi tutti quei provvedimenti amministrativi, disciplinari e tecnici, che erano urgenti, e rialzare così il prestigio di un Istituto che avea già scapitato. Si azzardarono quindi spese, si affrontarono coraggiosamente varj piccoli cointeressi, e se n'ebbe dall'elemento locale una guerra spietata. E si vide, dicono essi, un illustre Fisiologo di Berlino prendere da sè il bagno e le doccie in una certa villa ad una temperatura altissima e per lunga durata, ed arrecare non lieve nocumento alla sua salute, avendo prestato fede a maligne insinuazioni.

Seguono tre interessanti capitoli sulle condizioni topografiche e climatologiche della località, sulle qualità fisico-chimiche delle principali sorgenti, e sull'azione fisiologica delle acque termali, trattando specialmente della rinomata fonte del *Gurgitello* che provvede lo Stabilimento. La quale ha la temperatura di + 51° e contiene in un litro grammi 2 1|2 circa di bicarbonati di soda, calce e magnesia, non chè 0,68 di cloruro di sodio. Questa composizione caratterizza il suo valore terapeutico per la molta analogia che ha con quella di Vichy.

Nei capitoli successivi, che sono XII, gli Autori hanno raccolto i casi più interessanti fra i numerosi osservati, e distribuiti in gruppi, con le rispettive diagnosi ed indicazioni terapeutiche fatte dai singoli medici che inviarono gli ammalati, e riferendo qualche lieve modifica che l'urgenza del momento richiese.

Dal tutto insieme risulta che gli Autori hanno voluto studiare con scrupolo e coscienziosità i reali effetti delle cure fatte coll'acqua del *Gurgitello*, affinchè avendo a riscontro un numero grande di osservazioni cliniche accurate si possa assegnare ad essa una giusta indicazione nelle malattie. E del saggio datone non possiamo a meno di congratularcene coi valenti colleghi.

Chiudesi il libro con alcuni cenni storici su quell'isola vulcanica ed una bibliografia. E qui con nostro vivo rincrescimento abbiamo dovuto constatare che esiste ancora la muraglia della China fra le provincie settentrionali e meridionali dell'Italia nostra. Gli Autori nel raccogliere

i nomi degli scrittori, che trattarono delle acque minerali d'Italia e quindi d'Ischia, non conoscono di ciò che fu pubblicato nell'Alta Italia che il libro imperfetto del Garelli che data dal 1864 e un povero articolo dell'Orosi nella *Enciclopedia Medica Italiana*. Così la voluminosa opera del Marieni, così la nostra *Guida ai Bagni ed alle acque d'Italia*, e il nostro *Trattato di Balneoterapia* che ci costarono tanta fatica a raccogliere il più vasto materiale che sia stato fra noi sfruttato su questo argomento non valsero a nulla, ed il povero nostro nome non è neppur conosciuto da due valenti e distinti idrologhi! . . .

Regolamenti della Repubblica veneta, riguardanti le cure idro-minerali; del sig. Giuseppe Sette. Abano, 1877. Un opus. di pag 14.

In occasione di nozze l'Autore ha avuto la bella idea di pubblicare un manoscritto inedito, esistente nella Biblioteca dell'Università di Padova in un Codice segnato col N. 2224. Da esso risulta in qual conto la Repubblica Veneta tenesse le Terme euganee, e come essa sia stata la prima nel mondo ad organizzarvi un servizio sanitario.

Il documento ha la data 14 maggio 1768. Avendo provveduto, dice il rapporto, l'eccellentissimo Senato *all'essenzialissimo bisogno*, che hanno gli ammalati di persona medica, che li assista alle Terme, e che *impedisca li gravi disordini provenienti dalla mala amministrazione di questi utilissimi rimedj*.... determina la nomina di un *professore-assistente* alle Terme, e di uno *scrittore storico*, e ne precisa le incombenze.

Seguono XI articoli per gli obblighi del primo, e VII per quelli del secondo.

Fra i primi troviamo che dovrà visitare di quando in quando tutti li luoghi termali non solo per porgere medico soccorso a tutti.... ma ancora per rilevare se sieno debitamente serviti ed assistiti...; che esaminerà attentamente se quei Fonti siano tenuti nella debita mondezza, se nei bagni venga rinnovata l'acqua quando occorre, se siano usate frodi nelle diverse specie de' fanghi o acque....; che farà una giudiziosa raccolta di osservazioni mediche pratiche circa l'uso di quei rimedj....; farà ogni anno un esatto catalogo di tutti gli ammalati.... esponendo il nome di essi, la condizione, la qualità del male ed il successo della medicatura....

Infine *ne' tempi non impediti dalla sua assistenza alle Terme* terrà lezioni sulle acque e sui loro usi medici.

A lui si doveano poi per siffatte incombenze fiorini 100 da L. 6 l'uno, sopra la *Cassa studio*.

Il primo eletto fu il dott. Giuseppe Mingoni.

Quanto allo scrittore storico esso era obbligato *di dare un distinto ragguaglio della celebrità ed antichità ai questi bagni, investigando li prischi monumenti e quanto fu detto in proposito da rimoti celebri scrittori*;.... parlerà delle regole generali per usare *le bevande, bagni, gocciature, fanghi ed altri lavacri*; aggiungerà tutte le analisi chimi-

che, e le osservazioni che gli verranno comunicate dal professore-assistente.

Ed anche a questo l'eguale onorario sulla *Cassa studio*.

Questa pubblicazione è interessantissima ed il nostro Governo che non ha ancora fatto nulla per la legislazione idro-minerale farà bene a tenerne conto.

RIVISTA ELETTROJATRICA

del dott. GREGORIO OTTONI

I.

Parte fisiologica.

Fischer — *Studj sperimentali sulla galvanizzazione terapeutica del gran simpatico.*

Sciamanna — *Sovra alcune correnti elettriche animali; ricerche sull'uomo vivente.*

Stefani — *Sulla eccitazione del nervo vago.*

Onimus — *Esperienze sul pneumogastrico e sui nervi pretesi d'arresto.*

Arloing e Tripier — *Studj comparativi sull'azione fisiologica dei due nervi pneumogastrici.*

Tarckanoff — *Esperienze sul pneumogastrico (nel laboratorio di Marey).*

Baxt — *Dei rapporti del pneumogastrico coi nervi acceleratori del cuore.*

Bricon — *Nuove esperienze sui nervi vaso-motori.*

Onimus — *Nuove esperienze per dimostrare l'azione della corrente indotta sui nervi vaso-motori.*

II.

Parte terapeutica medico-chirurgica.

Ancona — *Soppressa secrezione lattea riattivata colla elettricità faradica.*

Breda — *Caso di eritema multiforme essudativo, da lesione funzionale del simpatico.*

Bulgheri — *La fustigazione elettrica nelle nevralgie.*

Cresci-Carbonai — *Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica curati coll'elettricità, ecc.*

D'Ancona — *La emicrania nei rapporti alla sua terapia.*

D'Ancona — *Un caso di* EPULESMA *curato colla galvanizzazione del simpatico al collo. — Considerazioni.*

Gasparini — *L'elettroterapia all' Ospedale di Pammatone durante il settennio 1869-1875.*

Sapolini — *Perdita dell'udito per folgore: guarigione dopo trent' anni a mezzo dell'elettricità.*

Semmola — *L'elettricità nel vomito nervoso.*

Abramowski — *Cura del reumatismo acuto colla faradizzazione.*

Fürstner — *Applicazione delle correnti indotte in certe forme di dilatazione di stomaco.*

Gallozzi — *Aneurisma del tronco brachiocefalico trattato mercè l'uso della corrente elettro-galvanica esternamente applicata.*

Martino — *Degli effetti della corrente galvanica sulle pareti arteriose aneurismatiche.*

Pereira Guimarez — *Applicazione dell'elettricità faradica sulla superficie di un tumore aneurismatico della carotide primitiva sinistra.*

Titch — *Quattro casi di eczema cronico curati coi caustici e coll'elettricità.*

Baynes — *Soppressione della secrezione salivare guarita colla corrente elettrica.*

Mennesson — *Effetti della faradizzazione in un caso di rabbia.*

Semmola — *Saturnismo cronico e corrente costante.*

Knot — *Osservazioni di un avvelenamento saturnino arrivato agli ultimi studj e curato coi bagni galvanici.*

Ultzmann — *Enuresi della fanciullezza curata colla faradizzazione.*

Vulpian — *Dell'influenza che esercita la faradizzazione della pelle in certi casi di anestesia cutanea.*

Bulgheri — *Elettro-ago puntura in aneurisma dell' aorta scendente con esito di guarigione del cav dott. Ciniselli.*

Bulgheri — *Aneurismi dell'aorta curati colla galvano puntura.*

Omboni — *Aneurisma dell'aorta toracica per cinque volte trattata felicemente col metodo Ciniselli.*

Omboni — *Contribuzione alla cura dei tumori colla elettrolisi.*

Omboni — *La galvano-caustica-chimice nella cura della congiuntivite granulosu.*

Verardini — *D'un vasto aneurisma all' arco aortico fattosi per due volte esterno e favorevolmente curato coll'ago-elettro-puntura.*

Franzolini — *Aneurisma misto dell' aorta ascendente trattato coll' elettro-puntura.*

Ciniselli — *Elettro-ago-puntura di un aneurisma dell'arco aortico.*

Bini — *Due osservazioni di aneurismi trattati coll'ogo-elettro-puntura.*

Dujardin-Beaumetz — *Sopra un caso di aneurisma dell' aorta ascendente, curato mediante l'ago-puntura-elettrica.*

Macario — *Dell'elettricità nella cura dell'idrocele.*

Zamboni — *Cura dell'idrocele coll'elettro-ago-puntura.*
Clementi — *Elettro-ago-puntura nella cura del cirsocele.*
Percepied — *Applicazione dell'elettricità al trattamento del varicocele.*
Viganoni — *Applicazione dell'elettrolisi alla cura di un voluminoso polipo-naso-faringeo.*
Fieber — *Contribuzione alla cura delle cisti ovariche.*
Hesse — *Cisti ovarica trattata coll'elettrolisi.*
Thomas-Gaillard — *Rapporto sul trattamento dei fibromi uterini coll'elettrolisi.*
Semeleder — *Osservazioni sull'uso dell'elettrolisi nei tumori ovarici.*
Golding-Bird — *Trattamento delle ulceri coll'applicazione locale delle correnti elettriche semplici.*
Gallozzi — *Voluminosa cisti idatidea del fegato trattata con l'elettrolisi come cura preparatoria per la sua apertura.*
Semmola — *Cura della cisti idatidea del fegato coll'elettrolisi.*
Mucci — *Note elettrojatriche.*
Bona — *Tre operazioni di circoncisione colla galvano-caustica-termica.*
Valerani — *Amputazione totale della lingua colla galvano-caustica-termica.*
Zotti — *Amputazione totale della lingua mediante la galvano-caustica-termica.*

I.

Parte fisiologica.

Studi sperimentali sulla galvanizzazione terapeutica del gran simpatico; del dott. Fischer. (*Arch. für klin. Med.*, 1876).

Quest'Autore sperimentando sugli animali, venne a conclusioni simili a quelle formulate separatamente da Landois e Mösler.

Per determinare gli effetti dell'elettricità sulla pressione sanguigna dei vasi del capo e sui moti della pupilla, gli parve miglior cosa esaminare ciò che avveniva nell'arteria mascellare esterna usando dell'emodinamometro di Ludwig.

Colla faradizzazione isolata del simpatico non tagliato, osservò che la pressione del sangue, la tensione delle arterie e la frequenza del polso aumentavano sensibilmente, come effetto diretto dell'irritamento;

Colla galvanizzazione (trascurando la direzione delle correnti) osservò invece che la pressione sanguigna, la tensione e la frequenza aumentavano leggermente al chiudere del circolo di una grossa catena, il quale aumento prima si arrestava, poi diminuiva senza nuovo aumento della intensità della corrente. Irritando tanto col faradismo che col galvanismo il simpatico previamente isolato ottenne (nei gatti) col primo una reazione forte, col secondo invece, anche con corrente intensa, reazione soltanto sul principio, la quale però presto cessava. In un caso

solo usando di corrente ancor più intensa, e invertendola a brevi intervalli, osservò forte reazione. Irritando invece il fascio nerveo-muscolare al collo (ancor ne' gatti) tanto colla corrente faradica, che colla galvanica, colla prima otteneva debole reazione, mentre colla seconda ne otteneva una forte, specialmente all'invertire delle correnti.

Nè a ciò si limitarono i suoi esperimenti.

Persuaso che quando si vuole applicare una corrente elettrica a livello del simpatico cervicale, si debba di necessità colpire anche altri nervi, quali il vago, i laringei, lo spinale, e volendo vedere qual parte nella produzione dei fenomeni è dovuta agli uni e agli altri, cominciò dal faradizzare o galvanizzare contemporaneamente il simpatico ed il ricorrente e notò che si ottenevano effetti simili.

Con la faradizzazione si aveva allargamento permanente delle pupille, con la galvanizzazione si otteneva invece appena un leggier moto convulsivo. Invertendo la corrente, si aveva dilatazione tonica.

In seguito applicò l'elettricità sul vago e sul ricorrente isolatamente, e si convinse che non avevano essi azione alcuna sulla pupilla. Il vago indirettamente agirebbe sulla pupilla, perchè agendo sul cuore, modifica la pressione sanguigna nell' iride. Del resto concorda con Landois e Mösler nel ritenere che vago e simpatico siano in tale stretta relazione fra loro da concorrere assieme negli effetti.

Finalmente volle accertarsi dell' influenza delle correnti elettriche sulla circolazione intracraniense praticando la trapanazione, e si convinse ancora che faradizzando il vago isolato si otteneva grande aumento della pressione sanguigna, ampiezza di onda e polso dicroto e lento; galvanizzandolo si avevano effetti più deboli, la pressione aumentava lentamente, e solamente con le alternative voltiane apparivano le onde pulsanti; faradizzando contemporaneamente vago e simpatico aumentavasi grandemente la pressione sanguigna e sempre appariva prevalente l'azione del vago. Faradizzando isolatamente il simpatico, vide che la pressione sanguigna aumentava alquanto, e galvanizzandolo aumentava, un poco anche durante il passaggio della corrente.

Da tutto ciò sarebbe per lui evidente che il galvanismo ha azione assai limitata sulla circolazione intracraniense, e che se si ottiene in terapia qualcosa, è perchè si elettrizza anche il vago. Per cui ne scenderebbe per conseguenza pratica che la galvanizzazione del simpatico al collo dovrebbe essere abbandonata, e sostituita dalla faradizzazione o dalla contemporanea galvanizzazione del vago. Forse ciò si potrebbe ottenere coll'apparecchio ideato da Onimus (Vedi Rivista mia del luglio 1873, pag. 24). Chi conosce gli studj del Cyon, sa che questo distinto elettricista preferisce colpire i nervi trofici che escono coi spinali, elettrizzando non già il simpatico al collo sibbene la spina in dati punti, per cui sembra che egli già avesse precorso il Fischer nel dubitare della galvanizzazione del simpatico; però egli ricorreva, per ispiegare la guarigione di certe atrofie dei membri ottenuta colla galvanizzazione

del simpatico cervicale, all'azione del nervo depressore che è in quei pressi. Senonchè tale nervo, obbiettano alcuni, non trovasi nell'uomo, sibbene nei conigli.

Io poi non so nascondere una certa timidità a faradizzare il vago: ho sempre presente ciò che dice Duchenne circa questo soggetto, che cioè la faradizzazione del pneumogastrico e del laringeo superiore è estremamente pericolosa, perchè può produrre ad una dose anche debole l'arresto del cuore e della respirazione (*Examen critique de principales méthodes de electrisation*, 1870, p. 25); il che non era che una conseguenza di ciò che aveva osservato anteriormente (Vedi *Electrisation localisée*, 1861, p. 62), che cioè portando un giorno un reoforo sulla parte laterale e superiore della faringe, sotto l'azione di una corrente rapida, benchè moderata, il malato cadde subitamente in sincope, dalla quale riavutosi l'infermo, disse d'aver provato una specie di soffocamento e di sensazione indefinibile. Da allora in poi avendo faradizzato il pneumogastrico alla medesima altezza con un'intermittenza per secondo e con corrente assai debole, il medesimo accidente non si rinnovellò più, ma la sensazione precordiale si manifestò ogni volta.

Del resto le esperienze del Fischer furono fatte su gli animali, e prima di accettarle, bisogna che trovino conferma sull'uomo sano e malato (1).

Sovra alcune correnti elettriche animali, ricerche sull'uomo vivente; del dott. SCIAMANNA EZIO. (Dal Laboratorio di Fisiologia di Roma del P. Moriggia. *Sperimentale*, novembre 1876).

Per tacere dei primi studii sulla elettricità animale di Galvani, di Humboldt, di Aldini, voglion essere ricordati quelli di De la Rive prima e quelli del Nobili poi (1825), più tardi quelli dei professori Puccinotti e Pacinotti (1839), Zantedeschi (1840), Matteucci (1840), e Du Bois Reymond (1847). E vuol esser ricordato, che il Du Bois Reymond fu il primo a trasferire le esperienze nell'uomo: dopo di lui, ricerche intorno le correnti proprie sull'uomo vivo non ne furono fatte. Remak, Fick, Eulemburg, Erb, Cyon e Samt non cercarono che di determinare a mezzo di correnti costanti applicate sui tessuti intatti le modalità dell'elettricismo.

Ora il dott. Ezio Sciamanna in una tesi per laurea si piglia il difficile argomento di ricercare cioè sull'uomo vivente delle correnti elettriche risultanti analoghe a quelle scoperte dal Nobili in una rana quasi intera — correnti elettriche che questi non attribuiva alla vita ma al calore. — È un nobile ardimento che gli fa onore.

Si propose i tre problemi seguenti:

1.° Se e come, possono raccogliersi nell'uomo vivente le correnti elettriche proprie.

(1) Consultisi anche il lavoro di Tschetschott: « Sulla galvanizzazione del simpatico e delle sue applicazioni terapeutiche. » Pietroburgo 1876.

2.° Se e come, esse restino modificate dalle varie condizioni in cui può trovarsi un individuo in istato fisiologico.

3.° Se e come, esse restano modificate delle varie affezioni patologiche.

In questo primo lavoro non si occupò che del primo quesito.

Prima di descrivere i mezzi da lui adoperati per far passare dal corpo umano al circolo galvanometrico delle correnti derivate, dice brevemente di quelli di Nobili, Matteucci e Du Bois Reymond (che si tacciono per brevità trovandosi nelle opere di elettro-fisiologia) di Cyon e Samt (che son destinati ad evitare le conseguenze degli spostamenti e delle differenti pressioni dei reofori).

Poscia descrive i suoi, che consistono: 1.° in un manubrio a capo del quale sono adattati due dischi di zinco, che fra loro comprimono un cuscinetto di carta bibula impregnata di soluzione satura di solfato di zinco, cuscinetto che si ripiega alla superficie del reoforo.

2.° in sei pezzi di legno fra loro articolati, come i decimetri del metro in modo da potersi piegare ad angoli diversi e fissarveli con viti, e nelle cui spaccature estreme stan fissati i reofori.

È molto diligente nell'accennare tutte le precauzioni da lui usate per evitare le cause di errori, che possono sorgere dalla grandezza diversa dei reofori o dalla pressione differente. Precipua e quella di contare i fogli di carta, e imbevuti che siano della soluzione satura di zinco, premerli fra lastre di cristallo.

Finalmente descrive le sue esperienze: dirigendosi prima all'emergenza de' nervi tentò le tre branche del trigemino, il facciale, ed il ganglio cervicale superiore del simpatico (quest'ultimo imperfettamente).

Nulla ottenne dal facciale, sui punti d'emergenza dalle branche del trigemino, e risultati poco apprezzabili ebbe dalle regioni temporali.

Io non posso seguirlo nella descrizione minuziosa ma necessaria delle precauzioni prese nell'applicare i reofori sui punti da esplorarsi; nè posso riferire le tabelle: da questa però risulta che ebbe correnti proprie, le quali con una logica severa ascrive ai nervi, e più probabilmente ai centri nervosi seguendo la via dei nervi.

Sulla eccitazione del nervo vago; del prof. Stefani Aristide. (*Sperimentale*, marzo 1876).

Secondo Du-Bois Reimond il passaggio dei nervi dallo stato d'eccitabilità a quello di eccitazione è sempre accompagnato a diminuzione della corrente propria dei medesmi. Per cui il movimento di eccitazione dai fisiologi si fa consistere in una rotazione delle molecole nervose, che si compie in tale direzione da dare luogo ad una diminuzione delle loro tensioni polari rivelabili dal galvanometro. Stefani si domandò se il vago ubbedisce a tal legge.

« Per istudiare, dice, il modo di comportarsi della corrente propria del vago sotto l'azione di uno stimolo esportai da un cane curarizzato

e mantenuto in vita mediante la respirazione artificiale un pezzo di vago della lunghezza di 5 centim., e lo disposi sopra i cuscinetti del moltiplicatore, in modo che sovra l'un cuscinetto poggiasse la superficie di sezione, e sopra l'altro la superficie longitudinale del nervo. Derivai così la corrente propria del vago, che nel mio galvanometro era misurata dalla deviazione dell'ago di 3-4 gradi sotto zero in direzione tale da indicarmi una corrente diretta attraverso il filo conduttore della superficie longitudinale alla trasversale del nervo. Stimolai quindi il nervo con una corrente d'induzione di mediocre intensità, e vidi tosto scostarsi l'ago dallo zero di 1-2 gradi. »

Disposto nello stesso modo un pezzo d'ischiatico, ripetè l'esperimento, e vide l'ago avvicinarsi allo zero di un grado, stimolato da una corrente indotta quando era deviato di 3-4 in forza della corrente propria.

L'Albertoni, dietro suo invito, ripetè gli esperimenti con uguali risultati, e risultati pressochè uguali ebbe tornando a ripeterli alla presenza anche del chiar. P. Lussana.

Egli si crede autorizzato a conchiudere: che durante lo stimolo la corrente propria del vago aumenta, invece di diminuire; che le molecole quindi del vago sotto l'azione di uno stimolo ruotano in senso inverso a quello con cui ruotano le molecole degli altri nervi.

Per cui designando col nome di eccitazione lo stato dei nervi sottoposti ad uno stimolo, converrà distinguere un'*eccitazione positiva*, ed un'*eccitazione negativa*, e nominando *positiva*, quella dei comuni nervi di senso e di moto, si dovrà nominare *negativa* quella del vago e forse di tutti gli altri nervi dilatatori dei vasi.

Sarebbe dunque spiegato perchè il vago eccitato, da fenomeni opposti a quelli che seguono l'eccitazione degli altri nervi. Resterebbe di vedere come essa eccitazione negativa possa provocare il rilasciamento della fibra muscolare: a questo attende ora con altri esperimenti.

Esperienze sul pneumogastrico e sui nervi pretesi d'arresto; del dott. Onimus. (*Revue des Sciences med.*, gennajo 1877).

Faccio seguire a questa comunicazione, un'altra dell'Onimus riassunta da Duval dai *Comptes Rend. dell'Accad. de sciences de France*, 20 nov. 1876. — Il celebre elettricista, ammette già che i nervi della vita vegetativa (pneumogastrico e gran simpatico) soprattutto quando appartengono ad un sistema che ha movimenti ritmici, coordinati, automatici, non rispondono alle eccitazioni artificiali allo stesso modo dei nervi rachidiani.

Quando le eccitazioni sono troppo rapide, cessano di provocare gli atti funzionali e non divengono che una causa di perturbazione. I fenomeni d'arresto che si sono ottenuti in queste condizioni, sono il risultato di questa perturbazione; di più sembra risultare, dalle sue esperienze, che i nervi pretesi d'arresto rientrino, al contrario, nelle leggi generali del funzionamento di tutti i filetti nervosi, e che la loro ecci-

tazione fisiologica provochi sempre l'attività degli organi ai quali si distribuiscono: così un'eccitazione moderata e unica del vago, lungi dall'arrestare il cuore, ne provocherebbe la contrazione.

Studj comparativi sull'azione fisiologica dei due nervi pneumogastrici; del dott. ARLOING e TRIPIER. (*Soc. de Biol.*, 9 dicembre 1876).

Secondo questi Autori la galvanizzazione del vago destro modifica più energicamente il cuore che quella del sinistro; la galvanizzazione del sinistro modifica invece più il meccanismo della respirazione che non faccia quella dell'opposto. — Ciò dissero nel 1872. — In seguito, vennero alla conclusione che circa l'azione dei due vaghi sul cuore, esiste realmente una differenza costante, che non è in vantaggio sempre del destro.

Oggi studiano l'azione dei due vaghi sullo stomaco e sull'esofago, e praticate alcune sezioni di essi su asini e conigli, vengono alla conclusione, che il diritto predomina sul sinistro.

Esperienze sul pneumogastrico (nel laboratorio di Marey); del dottor TARCHANOFF. Parigi 1877.

I risultati delle esperienze di questo Autore si riducono ai seguenti: 1.° Il pneumogastrico di sinistra stimolato nella rana provoca più ampie diastoli e leggero rallentamento del ritmo cardiaco; il pneumogastrico di destra provoca un arresto prolungato.

Eccitando alternativamente l'uno e l'altro, in modo che la eccitazione del secondo non si principiò se non quando il primo è esaurito dallo stimolo, si ha ancora l'arresto del cuore, dipende ciò perchè i due nervi hanno un centro ganglionare indipendente?

2.° Eccitando i pneumogastrici in una piuttosto che in un'altra fase della rivoluzione cardiaca, si hanno più rapidi o più lenti effetti.

Dei rapporti del pneumogastrico coi nervi acceleratori del cuore; del dott. BAXT. (*Arb. aus der physiol. Anstalt zu Leipzig*, X, p. 179, 1876).

Il nervo acceleratore non impedisce l'azione rallentatrice del pneumogastrico; questo invece sospende ma non sopprime quella dell'acceleratore. — Forse secondo lui ciò dipende dal fatto che il nervo acceleratore tiene sotto la sua dipendenza i centri motori proprii del cuore, mentre il pneumogastrico agisce sopra le vie di comunicazione fra questi centri da una parte, ed i nervi ed i muscoli dall'altra?

Per giungere a queste conclusioni, fece esperienze diligenti servendosi di correnti indotte applicando i reofori sui nervi senza comprimerli. — Il pneumogastrico lo elettrizzò alla parte superiore della sua porzione cervicale, l'acceleratore alla sua sortita dal ganglio stellato.

Prima studiò l'effetto dell'eccitazione di ciascuno di essi isolatamente, poi quella dell'eccitazione contemporanea servendosi di forti correnti per l'acceleratore, di deboli pel vago.

Nuove ricerche fisiologiche sui nervi vaso-motori; del dott. BRICON PAOLO. (*Tesi di Strasbourg*, 1876 e *Revue des Sciences médicales*).

Se con una corrente indotta di debole intensità si irritano le estre-

mità periferiche di un nervo contenente fibre nervose vaso- motrici, si vedono i vasi inturgidirsi, e la parte acquistare maggior calore; ciò avviene anche applicandovi agenti chimici deboli o praticandovi sezioni multiple, le quali si possono tenere in conto come di una debole irritazione.

Se invece si adopera per irritar la periferia di quello istesso nervo una corrente indotta di forte intensità, si osserva la costrizione dei vasi.

Il lavoro di Bricon, metterebbe in sodo che non v'è bisogno di ammettere con Bernard due specie di nervi vaso-motori (ganglionari rallentatori, cerebro-spinali acceleratori) ma bastare il grado diverso della eccitazione ad ottenere opposti effetti.

Nuove esperienze per dimostrare l'azione della corrente indotta sui nervi vaso-motori; di ONIMUS. (*Gaz. Hebdom.*, 1877).

Questo distinto elettricista fisiologo, dimostrò con esperimenti che eccitando colla indotta i nervi vaso-motori, in modo da imitare i movimenti ritmici dei vasi, si attiva la circolazione. — Si mettono a riscontro queste conclusioni con quelle alle quali era venuto fino dal 1872, e si vedrà il progresso ch'egli ha fatto fare alla scienza in questo punto nel quale era si lontano dal Duchenne, il quale però ammetteva la distinzione di Bernard dei nervi vaso-motori in costrittori e dilatatori.

II.

Parte terapeutica medico-chirurgica.

Soppressa secrezione lattea riattivata colla elettricità faradica; del dott. ANCONA VIRGINIO. (*Gazz. Med. Prov. Ven.*, 1877, n. 3).

È un mezzo pronto, facile ed innocuo. La donna allattava da due mesi. Soppressasi la secrezione, applicò il faradismo coll'apparecchio Volta-faradico, del Gaiffe a solfato acido di mercurio: usò della corrente più forte che l'apparecchio produce. Posò gli eccitatori umidi a spugna sulla glandula mammaria in modo che la corrente attraversasse la massa, ora nella direzione superiore inferiore, ora nella interna esterna; prolungò la seduta per 15 minuti su ogni mammella; in quattro sedute giornaliere di un quarto d'ora ciascuna, la secrezione fu ristabilita.

La prima osservazione di questo genere fu fatta da Aubert (1855) in seguito ne fecero Becquerel, Moutard Martin, Lardeau (*Gaz. des Hopit.* 1859), e Descivières (*Gaz. des Hopit.*, 1861): questi applicando i conduttori di una batteria elettrica a corrente costante alle areole mammarie.

Altro caso pubblicava il dott. Van Holsbeek (*Abeille Medicale*, n. 4 del 1866) in cui bastarono soltanto tre sedute (1).

In genere si usò dai pratici la corrente faradica, la quale quantunque

(1) Vedi Schivardi. *Manuale teorico-pratico di elettro terapia*, seconda edizione, 1873.

meno adatta ad aumentare la secrezione, nel caso speciale della glandula mammaria è preferibile, attesochè in questa circostanza si possano colpire i nervi sensitivi, che sono cutanei e si può produrre in essi un'eccitazione più viva (1).

Caso di eritema multiforme essudativo, da lesione funzionale del simpatico; del dott. BREDA ACHILLE. (*Gazz. Med. Ital. Prov. Ven.*, 1877, n. 39-40).

È una storia benissimo stesa che non si può riassumere; bisogna proprio leggerla. Tende a provare che il sistema nervoso può essere causa dell'eritema multiforme essudativo.

Ecco ciò che può bastare per chi fa studii analoghi. Barbieri Giuseppina ai primi di giugno 1870, fu assalita di mattina, bruscamente, da un dolore all'epigastrio, da diminuzione di potere visivo, da pallore generale: alle otto della sera, da lieve bruciore alla guancia sinistra dove, alcune frazioni di minuto appresso, apparve una certa efflorescenza. Il dolore continuò sempre identico in tutti i suoi particolari, così anche la diminuzione della vista, mentre il pallore si era dissipato. Alle sette antimeridiane del giorno successivo, si svolgeva sulla guancia destra un alterazione per sede e caratteri intrinseci completamente identica alla prima ed istantaneamente dileguavansi i dolori e la debolezza della vista.

In seguito le eruzioni si ripetevano analoghe alla prima.

Il dolore prodromico dell'eruzione, avea sede nel centro del triangolo epigastrico; era come di un gagliardo pizzicore, sempre uniforme, profondo; si esacerbava alla pressione, nelle lunghe inspirazioni, sotto i movimenti, non rimetteva nè scemava per qualsiasi posizione delle membra. La certezza della vista dipendeva da cospicua midriasi; il pallore veniva sollecitamente sostituito da arrossamento e senso di calore. L'eruzione era dapprima una chiazza rosso-sbiadita, regolarmente elittica, col diametro maggiore di traverso.

Quasi appena uscita, si ricopriva fino al margine di 15 a 29, vescicole o gocciole ripiene di un liquido denso giallastro come miele, che in 2 3 minuti copriva tutta la chiazza di una crosta grassa senza alcun rossore d'intorno.

Questa restava tenacemente in sito 4-5 giorni, dopo i quali lasciava vedere una macchia rossa, incrociata in diverse direzioni da molti vasellini, e che in 2-3 giorni svaniva.

Nel 1870, 71 riapparvero contemporanee alle purghe mensili. Dileguatosi l'esantema, affievolivasi la vista ad ambedue gli occhi, con dolore alla periorbita destra.

Nel 1873 ricoverò in clinica oculistica ove fu fatta diagnosi di *iperemia retinale bilaterale con nevralgia sovraorbitale destra.*

Nel 1874 nella purga di gennaio, restò libera la faccia ma per la

(1) Vedi Onimus et Legros. *Traité d'electricité medicale*, 1872, pag. 225.

prima volta si sconciò la pelle del petto e delle spalle e contemporaneamente svaniva la nevralgia e migliorava la vista.

In agosto 1875 comparvero stigme anche sulla mucosa delle guancie ed in altre parti del corpo.

Entrò in clinica medica al 12 gennaio 1875 si diede l'arsenico e si applicò sulla faccia la maschera di gutta-perca, che si dovette levare dopo una settimana per l'insorgenza della febbre. Fu però rimessa per 20 giorni durante l'assunzione della tintura eterea di castoreo. Al partire dal 13 aprile fino al 16 giugno, le *si galvanizzò tutti i giorni il simpatico; l'elettrode positivo verso il ganglio cervicale medio, il negativo verso il plesso solare.*

Sotto l'influenza di questo trattamento per tre settimane, si avvicendavano due o tre eruzioni su varie regioni, abbondanti precipuamente alla faccia, senza il più piccolo indizio, e ciò per la prima volta, di dolore all'epigastrio. Abbandonata la cura elettrica ed ogni altro soccorso, la parte si conservava netta per quasi due mesi fino all'agosto. Per patemi ricaduta, ebbe eruzioni incalzanti, ed anche sugli avambracci. Rassegnata, soffrì fino al 2 agosto 1876, epoca in cui tornata sotto cura, si sottopose (dal 21 settembre al 4 gennaio 1877) tutti i giorni (tranne quindici di fila), alla galvanizzazione del simpatico, con 22 elementi dell'apparecchio Sthörer; il polo positivo in relazione col 2.° ganglio cervicale, il negativo sulla sede del dolore all'epigastrio Si elettrizzava prima dal lato sinistro poi al destro, si invertiva d'ambedue le parti la corrente ogni volta per circa un terzo di durata della seduta, che protraevasi sempre a soli 20 minuti. Per un mese si galvanizzò profondamente colla corrente alla stessa tensione, ora discendente, ora ascendente l'arto superiore sinistro, ma l'eruzione locale non si modificava punto. La elettricità era del resto benissimo tollerata, la ragazza esternava un grado di risentimento che non oltrepassava il normale; si avevano spesso degli arrossamenti molto diffusi; il 24, 25, 26 settembre, quasi appena cominciata la galvanizzazione a sinistra, *si stabiliva un eritema eguabile al sommo del petto, sino al contorno delle mammelle, sulle spalle, al lato esterno delle braccia fino al lato inferiore, affatto simmetrico, che svaniva seduta stante.*

Lo stesso agente fisico talora faceva impallidire nel principio le macchie successive al distacco delle croste.

Il Breda seguita a narrare con molta esattezza le successive fasi di questo morbo; per noi basti notare: che il prorompere di tante efflorescenze accadeva durante la quindicina, nella quale non venne impiegata (per impossibilità a farlo) l'elettricità: che durante la sua applicazione comparve alcune volte un'eruzione di *urticaria* evanida, che compariva molto più spesso dopo le injezioni di morfina impiegate a domare le insorgenti nevralgie: che la elettricità galvanica, se applicata con metodo e costanza, può giovare in queste forme cutanee dipendenti da affezione del simpatico.

L'Autore chiude con assennate considerazioni a provare il concetto della dipendenza dell'eruzione dal sistema nervoso vaso-motore. Ecco com'egli concepisce il processo evolutivo: « Un'emozione o checchè altro turba o scuote il plesso celiaco e l'addolora; questo che è uno dei principali agenti della mimica interna, mette in giuoco la sua grande influenza sul circolo addominale e sul generale, cioè determina in via reflessa il simpatico ad usare della forza costrittiva sui vasi, che esse, incontrastabilmente possede. Si dilata la pupilla, si costringono i vasi (pallore generale). Ma quella irritazione generale e la ischemia spastica o vaso-tetanoide presto si esaurisce. Il rossore generale, l'aumento, la ineguale distribuzione di temperatura, accusano la presenza dell' iperemia paralitica.

Lo sfiancamento vascolare si fa maggiore, si mostrano evasamenti alla pelle e sopra alcune mucose; in altre, dove l'urto è più violento, o la resistenza minore, o tutti e due, accanto alla essudazione avviene l' emorragia.

Esce il sangue dai genitali, dal naso (come a detta del Poincaré per lo stesso movente succede talvolta nel tifo) e dai bronchi. La stessa vicenda di iperemie ed essudazioni si compie sul fondo oculare. »

Del resto il concetto di far dipendere le dermopatie dalle nevrosi è ormai accettato dalla comune dei patologi, la mercè del gagliardo impulso dato dai fisiologi e dai patologi stessi allo studio dell'influenza nervosa. E infatti vedemmo Bärensprung, Rechlin, Kausen riferire la zona ad un' infiammazione del ganglio del Gasser o di un ganglio spinale e dei nervi che si rendono a quelli, e dietro questa idea Bulkley e Rockwell curarla colla corrente continua, applicando il polo negativo allo scrobicolo, sul capo e lungo la spina il positivo; e Picot (*Gaz. des Hôp.*, 1870) adoperare anch'esso in tale infermità la elettricità continua, e Beard e Kiusmann guarire l'eczema colla galvanizzazione, mettendo (come Bulkley per la zona) il polo positivo lungo la spina o sul capo, ed il negativo allo scrobicolo, e il citato Beard curare psoriasi, pitiriasi e prurigini; e finalmente Cheadle adoperare nell'acne rosacea la faradizzazione.

La fustigazione elettrica nelle nevralgie; del dott. BULGHERI G. (*Gaz. Med. Ital. Lomb.*, 1877, n. 2, 3).

Il dott Giuseppe Bulgheri riferisce sulla *Gazzetta Medica Italiana-Lombardia* dell'anno 1877 (n. 2 e 3) due casi di nevralgia curati con soddisfacente risultato mercè la fustigazione elettrica.

Il primo caso riguarda un' *ischialgia reumatica*, curata inutilmente con una moltitudine di unguenti narcotici e risolutivi, bagni, fangature, ecc. Dopo aver esperimentato il metodo così detto *ipostenizzante* del Becquerel, consistente nel condurre una corrente galvanica continua in direzione centrifuga lungo il nervo affetto, servendosi di 20 grandi

elementi alla Daniell, senza averne felice risultato, decise di mettere alla prova il metodo *perturbatore* del Duchenne colla fustigazione elettrica. Egli si servì d'un apparecchio elettro-magnetico press'a poco simile a quello a slitta del Du-Bois Reymond munito di pila alla Mariè-Davy, fissando il polo positivo a spugna umida sulle vertebre lombari, e col polo negativo, rappresentato dal pennello metallico, battendo e pungendo i punti dolorosi. Dopo 6 sedute la guarigione fu completa.

Il secondo caso riguarda una *cardialgia nervosa*. Il malato indarno aveva chiesto soccorso alle acque minerali di Recoaro ed a quelle di Boario; invano si era recato a praticare i bagni a Trescorre; nulla gli avevano giovato coppette, mignatte, mille unguenti e frizioni derivative; aveva presi con diuturna vece i preparati di chinina, di oppio, di zinco, di belladonna, l'idrato di cloralio, gli alcalini, ecc., ecc.; eseguite innumerevoli injezioni ipodermiche di potenti dosi di solfato di morfina, e tutto inutilmente. Dopo 7 anni di crudeli sofferenze si rivolse al dottor Bulgheri, il quale, ricordando come il Duchenne abbia tanto vantato la fustigazione elettrica, *loco dolenti*, contro gli accessi della stenocardia, volle sperimentarla. Collocava il polo positivo a spugna umida sul lato esterno del muscolo retto addominale destro, a livello dell'ombellico, e col polo negativo, rappresentato dal pennello metallico, batteva, strisciava, pungeva qua e là per alcuni minuti la regione ove il malato sentiva più forte il dolore.

Alla nona seduta i dolori scomparvero affatto; ma dopo 45 giorni risvegliatasi la cardialgia, ricorse alla comprovata virtù della fustigazione elettrica. Questa volta il miglioramento fu pronto, e dopo la settima seduta ne guarì completamente.

Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica curati coll'elettricità, ecc.; del dott. Cresci-Carbonai (*Gazz. Med. Prov. Ven.*, 1877, n. 50).

Questa è la malattia scoperta al principio del 1858 da Duchenne.

Kaulich, Griesinger e Jaksch la dissero *ipertrofia muscolare; sclerosi muscolare*, Jaccoud; *lipomatosi lussureggiante muscolare*, Heller; *ipermegalia muscolare*, Orsi; *ipertrofia muscolare paralitica* Schivardi, che primo la fece conoscere in Italia e ne diede un bel quadro.

Il Cresci-Carbonai ne tesse brevemente la storia e crede che i centri nervosi restino indifferenti al lavorio morboso, o tutt'al più vi partecipino per quel tanto che nella nutrizione dei tessuti entra in genere il tessuto nervoso.

Crede invece che tal malattia sia pei muscoli ciò che è la rachitide per le ossa; in amendue abbiamo aumento, ipertrofia del sistema colpito, e diminuzione della sua forza; come le ossa dei rachitici si ipertrofizzano in certi punti e si assottigliano in altri, così i muscoli dei colpiti di paralisi pseudo-ipertrofica aumentano nel loro volume in date regioni, e spariscono in altre.

Il Duchenne la credeva una lesione dei vaso-motori. Jaccoud, per

analogia, e in ragione di certi sintomi, la classifica fra le malattie dell'apparecchio d'innervazione.

La cura deve variare nei due periodi, nel primo giova la faradizzazione localizzata e deve consistere in più serie di una trentina di sedute cadauna. Fra una serie e l'altra idroterapia e bagni di mare; nel secondo la continua sperimentata già da Duchenne.

I casi narrati dal nostro autore meritano nota appunto per questo che mettono in evidenza come la corrente galvanica giova nel secondo periodo unitamente alla faradica localizzata.

Per lui la cura deve avere due scopi: primo, dare tonicità e forza all'intero organismo; secondo, eccitare la normale nutrizione dei muscoli affetti: per raggiungere il primo fece applicazioni idroterapiche a doccia, ed esercizii ginnastici comportabili collo stato dagli infermi; per uso interno un preparato di ferro unito a qualche amaricante (Schivardi vorrebbe provare il nitrato d'argento ed il fosforo).

Ad ottenere il secondo scopo, alternare le applicazioni faradiche a quelle di elettricità galvanica, eccitando con le prime principalmente i muscoli del dorso, e facendo passare colle seconde la corrente dai glutei ai gastronemi.

Tutto ciò per mesi e mesi. Circa la cura colla corrente continua non è detto di che apparecchio si sia servito e di quante coppie e per quanto tempo durasse ogni seduta.

Vi sono però intercalate alcune osservazioni utilissime; ed una specialmente circa i caratteri differenziali con l'atrofia muscolare progressiva.

La emicrania in rapporto alla sua terapia; del dott. D'Ancona Nap. (*Gazz. Med. Ital. Prov. Ven.*, 1877, n. 7, 8).

Un caso di epilessia curato colla galvanizzazione del simpatico al collo. Considerazioni del dott. D'Ancona Nap. (*Gazz. Med. It. Prov. Ven.* 1877, n. 44).

La emicrania (di cui tesse una accurata monografia) crede sia una turbata funzione dei nervi vaso-motori sotto due forme, di eccesso cioè e di difetto; e quindi possa essere tonica o paralitica: frequentemente comincia collo stato di tetano, per cangiarsi dopo più o meno in istato di paralisi. Consiglia di curarla colla corrente continua svolta p. es., da sei ad otto elementi dalla batteria portatile di Sthörer, applicandone i due eccito-motori coperti di spugna molto compatta ed umida a tutte e due le parti sul primo ganglio del simpatico sotto e dietro l'angolo della mandibola, spostando lo sterno-cleido-mastoideo. La durata della seduta crede non debba durare che due o tre minuti primi invertendo il circolo a mezza seduta dopo i primi giorni, ed eseguendo anche alcune interruzioni di corrente, che sono avvertite dal paziente per un più spiccato sapore metallico e talora per scintille agli occhi; dall'osservatore poi sempre per lievi contrazioni degli sterno-cleido-mastoidei, e per dilatazione della pupilla: il quale ultimo fenomeno poi-

che fa, ei dice, testimonianza dell'avvenuta eccitazione del simpatico, ebbe cura di farlo notare ai giovani medici nei numerosi casi in cui praticò la galvanizzazione del simpatico cervicale (1).

Io invece sono del parere subordinato. che elettrizzando il cervello o le parti a lui vicine, non si debbono far sentire le scosse e gli effetti delle correnti derivate sui nervi dei sensi all'apertura e alla chiusura del circolo, potendone avvenire commozioni o comunque, danni alla visione, ecc.; che sia perciò miglior consiglio quello dell'Onimus di cominciare la elettrizzazione con la corrente più debole possibile (uno o due elementi) e di aumentarla progressivamente e lentamente, e terminarla con la stessa cautela. Ciò è necessario poi ancora di più nell'invertire la corrente; bisogna proprio allora portarla gradualmente al minimo (come dirò più sotto) e poi salire.

Circa poi l'epilessia, egli nota che essendo sconosciuta la lesione anatomica, se ne interpreta però il meccanismo dell'accesso ammettendo una modificazione della sanguificazione del cervello. Da ciò il fondato sospetto che nella genesi dell'accesso i centri di innervazione vasomotoria v'abbiano influenza e che si possa quindi ricorrere alla galvanizzazione del simpatico al collo. Questo ei fece in un caso.

Sottoposto l'epilettico ogni giorno ad una seduta di due minuti di galvanizzazione del simpatico al collo mediante una corrente di otto elementi Sthörer col metodo da lui usato per l'emicrania continuò la cura per sessanta giorni e ne ottenne vantaggi. Tornato ai bromuri e alla belladonna gli accessi ridivennero frequenti; abbandonati questi rimedi come inefficaci ricorse di nuovo alla elettricità con costanza ed arrivò ad avere un solo accesso alla settimana. Io qui trovo utile far cenno di ciò che pratica nella emicrania ed epilessia il Brunelli di Roma (Vedi Resoconto delle malattie da lui curate 1868 e 1871).

Per quest'egregio elettricista l'emicrania e l'epilessia sarebbero due angio-nevrosi cerebrali; la differenza anatomica fra loro sarebbe in ciò che nell'emicrania sono affetti i vaso-motori della carotide interna, nell'epilessia i vaso-motori della cerebrale.

In altri termini l'emicrania dipenderebbe dalla necrosi del ganglio cervicale superiore, da cui partono i vaso-motori della carotide interna accompagnandola fino alle sue ultime divisioni, e l'epilessia dalla ne-

(1) Cheron e Onimus dimostrarono, già molt'anni fa, la influenza della galvanizzazione del simpatico sulla circolazione della retina. Il primo costruì, insieme con Nachet un micro-oftalmoscopio a tale scopo, e pubblicò nel 1871 nella *Revue Thérap.*, le prime sue osservazioni. Il secondo ne presentò altre alla Società biologica di Francia nel 1873. Insisterono su queste dimostrazioni, perchè non è già la dilatazione della pupilla che provi l'influenza della galvanizzazione del simpatico cervicale sulla circolazione endo-cranienne, sibbene la modificata circolazione del fondo oculare, legata com'è a quella dell'encefalo, perchè il ritorno della circolazione generale del sangue, che riempie il sistema circolatorio del fondo dell'occhio si fa pei seni venosi.

crosi del ganglio cervicale inferiore dal quale emanano i filetti nervosi che seguono la vertebrale.

Ora, egli crede, che galvanizzando il ganglio cervicale superiore si possa guarire l'emicrania, e difatto molte volte guarisce, perchè si può raggiungere tale ganglio e agire direttamente su di esso con un elettrodo, mentre l'altro lo si appoggia per lo più alla regione cervicale della spina.

Si sa, che per raggiungere un tale ganglio, basta far piegare lateralmente la testa al malato e porre un eccitatore piccolo sotto l'angolo della mandibola e il muscolo sterno-mastoideo oppure sul margine interno di questo muscolo alla altezza della laringe. Negli individui magri ottiensi l'intento anche senza far eseguire tale piegatura.

Ma pensa che difficilmente si possa curare la epilessia galvanizzando il ganglio cervicale inferiore, perchè è difficile poter raggiungerlo e però preferisce di elettrizzare il cervello applicando i poli alle regioni temporali con sei o dodici elementi nel seguente modo. Fissa con fasciature alle regioni temporali due lastre metalliche coperte di tela inumidita con acqua salata, e le mette in comunicazione coi due reofori, che partono da una batteria di 6 a 12 elementi Daniell; tiene l'infermo per dieci minuti ed anche più sotto l'azione costante di questa corrente, alla metà della seduta inverte l'ordine dei poli, avendo cura nel far ciò di evitare il benchè menomo disturbo di polarizzazione molecolare, che nel cervello veste le apparenze di commozione; a tale scopo porta a due il numero degli elementi prima di invertire i poli mediante il commutatore e invertiti i poli, aumenta ad uno ad uno gli elementi.

In altro mio scritto accennai alle incertezze degli elettricisti circa il modo di galvanizzare il simpatico per influenzare la circolazione cerebrale; ora aggiungo (e mel conceda il D'Ancona, stante l'importanza dell'argomento) che nella Memoria letta alla Società di Medicina di Parigi nella seduta 14 giugno 1873, è detto che la galvanizzazione del simpatico cervicale non può imprimere modificazioni che ai vasi provenienti dalla divisione dell'arteria carotide: che per agire sulle parti posteriori del cervello, sulla midolla allungata, ed il cervelletto, bisogna agire colle correnti e sopra i nervi vascolari, che accompagnano l'arteria vertebrale; è detto che le correnti continue ascendenti, cioè dirette verso le origini del simpatico, che, secondo Bernard, sono nella midolla spinale, aumentano la pressione intracraniense, attivano la circolazione e diminuiscono il calibro dei vasi; che le correnti continue discendenti, cioè dirette verso il cervello; aumentano l'ampiezza dei movimenti dei vasi, e aumentano la quantità del sangue contenuto nel cervello, benchè ne diminuiscano la pressione vascolare; che una corrente intermittente (induttrice o indotta) a livello del simpatico cervicale ai medesimi punti che colla continua accentua di più la bianchezza della papilla, e la circolazione intima della papilla sparisce completamente. Questo stato persiste anche dopo la cessazione del passaggio della corrente, ed è tanto

più marcato che la corrente è più intensa; che l'applicazione di una corrente continua o intermittente su altri punti (sulle tempia ad esempio) può produrre una modificazione della circolazione cerebrale rivelata per variazioni del diametro dell'arteria retinica e per quelle dei piccoli vasi della papilla.

Venendo alle applicazioni terapeutiche, si fa cenno del vantaggio che si può trarre dalla galvanizzazione (non dalla faradizzazione) del simpatico cervicale.

Certi fenomeni, è detto, patologici aumentano in modo passivo la quantità del sangue contenuto nell'encefalo; ciò avviene nell'insufficienza delle valvole tricuspidi, con polso venoso alle giugulari, ecc.; e nella chiusura persistente del foro del Botallo.

In questi casi, esiste un ostacolo al ritorno della circolazione venosa, il sangue è ritenuto nei capillari; e si comprende come la galvanizzazione del simpatico cervicale possa giovare.

E giova questa in altri casi di affezione cardiaca attivando la circolazione intracraniense e aumentando la pressione, liberando il cervello.

Giova nei ronzii dipendenti da congestione passiva: nelle vertigini degli anemici, degli atassici, di quelli affetti da turbe di circolazione polmonale.

La scomparsa (così l'Autore) *dell'emicrania di certi ammalati sottoposti alla galvanizzazione del simpatico cervicale per tutt'altro motivo, è novella prova che gli spasmi vascolari del cervello*, *cedono a questa influenza, ecc., ecc.*

Landois, Mösler e ultimamente Fischer ripigliarono l'arduo studio con esperimenti molto ben diretti e infirmarono molte conclusioni di Onimus, di Legros, ecc. Siccome però tali loro sperimenti non furono fatti sull'uomo, bisogna andar cauti ad accettarne le idee. Ad ogni modo invio il lettore al riassunto che ne riprodussi nella parte fisiologica.

Ora mi prendo la libertà di riportare due osservazioni che il dottor Coen Amadio fece su due epilettiche della divisione medica diretta dal dott. Achille Sacchi (nell'Ospedale di Mantova nel maggio 1878). Sono due insuccessi; ma in medicina, giova conoscere anche questi.

Trattate ambidue dapprima col bromuro di calcio da 3 a 6 grammi al dì.

1.° Zanni Carolina, d'anni 21.

Accessi forti ogni 4-5 giorni.

L'elettricità fu applicata al ganglio superiore del simpatico (col metodo d'Ancona) con batteria a protosolfato di mercurio. Applicazione di N. 12 coppie della macchina, che produsse dopo 1|2 minuto capogiro, offuscamento della vista e al distacco dei due reofori l'ammalata rimase come catalettica per circa cinque minuti.

Alla notte ebbe un forte accesso epilettico.

Due giorni dopo altra applicazione, che pure produsse capogiro ma lieve, e al distacco dei reofori, la paziente s'attaccava agli abiti dell'operatore perchè presa da vertigini per 1|2 minuto.

Stessi fenomeni ma più lievi per l'applicazione di N. 13 coppie dell' apparecchio di Remak (Daniell modificata) che venne fatta per cinque giorni per la durata di tre minuti pei tre primi giorni e di cinque negli altri due. Per un giorno ebbe le mestruazioni e la cura fu interrotta; indi in due giorni ebbe 5 accessi e volle uscire dallo spedale.

Assieme alla cura elettrica si continuò anche quella col bromuro di calcio.

2.° Bartoli Cristina, d'anni 24.

Leggiere *assenze* ogni due o tre dì, assai di raro un vero accesso epilettico, e ciò quando s'arrabbiava al che era proclive.

Nessuna sensazione per l'applicazione col metodo d'Ancona di metà, poi di tutte le pile dell'apparecchio d'Onimus. Continuarono le *assenze* come prima avendo fatta la cura per otto giorni.

Dopo fu per 5 giorni applicata l'elettricità con 20 coppie della batteria Remak (modificazione del Daniell), le quali segnavano al galvanometro 70 gradi e davano al voltametro 2 c. c. di gaz tonante ogni 5 minuti Anche in questa l'applicazione durò in ciascuna seduta, come nell'altro caso. Quando si arrivò alla 11ª coppia, sensazione di lampo pel passaggio alla 12ª e così fino all'ultima (20ª) per imperfezione del moderatore. Del resto nessun altro incomodo neppure pel distacco dei reofori. Il 2° giorno però dall'uso di questa macchina ebbe un accesso epilettico assai forte che non le avvenne mai, e così il 3°, ed il 4° gliene vennero due.

Anch'essa volle uscire dall'ospedale

L'elettroterapia all'Ospedale di Pammatone durante il settennio 1869-1875; del dott. Gasparini Giovanni. Memoria onorata dal premio medico nel concorso indetto dall'Amministrazione degli ospedali civili di Genova nell'anno 1876.

L'Autore presenta dapprima un quadro ove è la distinta delle malattie curate nel settennio 1869-75.

Emerge da esso che la paralisi, sintomo di tante e svariate affezioni, fu la più frequente.

Sopra 238 casi di paralisi, si contano 88 cerebrali, 49 spinali e 32 essenziali.

Tutte insieme costituiscono il gruppo delle *centrali*.

Poi vi sono le saturnine e da infezione poi 65 casi di paralisi periferiche.

Presenta in seguito i prospetti annuali.

. Dopo tali generalità, tratta in capiteli separati delle lesioni principali e vi fa sopra osservazioni molto giudiziose che lo mettono fra gli elettricisti saggi e prudenti.

Peccato che non abbia potuto servirsi delle correnti continue, se non nell'ultimo anno perchè lo stabilimento negli altri sei anni non possedeva che il faradismo.

Circa le lesioni cerebrali, tratta prima la quistione del momento di impiegare la corrente faradica e conclude che non si deve aspettare troppo perchè allora si spreca tempo e fatica; poi l'altra della galvanizzazione del cervello alla quale egli si dichiara contrario. Il pro ed il contro esposi nella *Rivista di Med. Chir.*, ecc. del Soresina nel gennaio 1874, pag 20; nel febbraio dello stesso anno pag. 16, 19; e però non trovo necessario tornarvi sopra; finalmente quella della contrattura associata alla paralisi cerebrale sul principio (da non confondersi con quella che viene in progresso), e dichiara, che non vide mai vantaggio dalla elettricità faradica sugli antagonisti, fatta eccezione di pochi casi in cui impiegò la corrente continua poi contratturati.

Onimus e Legros sono del parere anch'essi che quando un'emorragia fu molto forte e che dopo alcune settimane i movimenti non ritornano, e a poco a poco compariscono le contratture, le correnti continue possono ancora calmare i dolori e far cessare le dette contratture momentaneamente. (*Traité de electric. med.*, 507).

Dedica un secondo capitolo alle paralisi dipendenti da mielite acuta e cronica congiunta o no a meningite; a quella detta labio-glossofaringea; all'agitans, all'infantile; all'atrofia muscolare progressiva è alla limitata. Delle paralisi dipendenti da mielite, o meningo-mielite, 9 sole guarirono, 15 migliorarono, 25 non presentarono vantaggio.

Adoperò la corrente faradica ponendo il polo positivo alla spina ed il negativo alla periferia ed alternando la direzione (non era forse preferibile l'elettrizzazione localizzata ai muscoli?). Aspettò sempre che fosse passato il periodo acuto, ed arrestato il processo flogistico; e trattandosi di rammollimento, non impiegò l'elettricità quando era in via di formazione ed i sintomi in via di progressione, perchè allora gli ammalati peggioravano. L'usò invece nel periodo stazionario che si esplica per una paraplegia completa od incompleta, nella quale la contrattilità elettro-muscolare è diminuita od anche abolita. Una sol volta usò la corrente continua (non dice se sulla spina o sugli arti) e ottenne di calmare i dolori e le contratture. Pare si trattasse di un caso recente perchè lo accenna parlando della sconvenienza di applicare l'elettricità nel principio del morbo nel qual caso non vi ha che qualche fautore delle correnti continue, il quale ne consigli l'impiego a scopo calmante. Interessante è il capitolo della paralisi infantile, nel quale rivendica al nostro Monteggia la gloria di averla toccata pel primo.

Lo Schivardi ne fa merito all'inglese Undervood, che precedette il Monteggia; e sulla *Gazzetta Medica Italiana Lombardia* (anno 1878

vol. XXXVIII, serie VII, tomo V, 9 febbraio, n. 9), in un articolo intitolato « Brano di storia della paralisi infantile » torna a sostenere la sua opinione. Gasparini alla sua volta nella stessa *Gazzetta* al 23 febbraio risponde illustrando i suoi argomenti. Finalmente Schivardi ancora ribatte sempre nello stesso periodico al 2 marzo le ragioni dell' avversario in un articolo intitolato « Ultime parole sulla quistione storica risguardante la paralisi infantile. » Il titolo di questo e la chiusa consigliano al critico il silenzio. Non sarebbe cosa onesta rimestare una faccenda che finì urbanamente fra due colleghi! Del resto gli articoli sono stesi in modo che i lettori giudicano a prima vista da che parte sta la ragione.

Il Gasparini ne fa una descrizione chiara, trattenendosi sopra le note caratteristiche, specialmente sull'abbassamento di temperatura delle parti colpite constatato per lusso scientifico col termometro Geésleriano. Circa la cura crede che l'unica razionale, appena passato il primo periodo, sia l'elettrica, la galvanica a preferenza. In sette anni ebbe 30 casi, tutti giunti al secondo periodo; ne guarì 1, ne migliorarono 25, in 4 non si ebbe alcun vantaggio. Però più tardi potè completare questa statistica perchè dei migliorati che continuarono la cura nel 1876, 5 guarirono.

Alle paralisi e paresi periferiche accomuna alcune affezioni dell'apparecchio locomotore, quali il reumatismo articolare, che invero non v'appartengono se non come eventuale causa di esse.

E in vero; alcuni de' suoi casi sono pure e semplici artriti; altri possono essere riportati a postumi di nevroiti, altri a trapiantamenti di flogosi di organi vicini. Remak nelle sue conferenze narra casi analoghi raccolti nel servizio di Beau. Rosenthal, nel suo « Manuale di diagnosi e terapia delle malattie nervose » (Trad. nap. 1872, pag. 359) e nel suo trattato di Elettroterapia nel paragrafo delle nevrosi vasali reumatiche e traumatiche ne parla con dettaglio, per non dire d'altri.

In queste inflammazioni che alcuni (Meyer), riferendole alla teoria nevro-paralitica e quindi di origine vaso-motoria, curano colla galvanizzazione del simpatico direttamente ponendo il polo zinco di 12-18, elementi al ganglio cervicale superiore, e il polo rame al processo trasverso della 7ª vertebra cervicale, altri indirettamente agendo sui plessi dei nervi spinali per cogliere i rami del simpatico, o con modo misto come Althaus (*Riv. Med. Chir.*, agosto 1873, pag. 156) egl'impiegò la corrente costante, applicando gli elettrodi sui punti più dolenti, con corrente ascendente, cercando di modificare la circolazione i processi endosmatici ed il ricambio materiale.

In un solo caso usò la faradica e con vantaggio.

Weisflog di Zurigo l'aveva già usata anch'esso come antiflogistica (Vedi *Riv. Med. Chir.*, 1873, pag. 37).

Pone fra le traumatiche periferiche alcune emiplegiche evidentemente centrali per colpi riportati al capo o alla colonna vertebrale.

Trattò bene il capitolo delle nevralgie nelle quali si servì a preferenza della costante.

Bello è anche l'altro sui tumori ove fa un po' di storia dell'applicazione ad ossi dell'elettricità, e discorre della elettrolisi.

Chiude con qualche osservazione sulle operazioni di galvano-caustica termica.

Ho taciuto di altre applicazioni per brevità; e perchè nulla hanno di nuovo.

Perdita dell'udito per folgore — guarigione dopo 30 anni a mezzo della elettricità; del dott. Sapolini. (*Annal. des malad. de l'oreil., du larynx, etc.* N. 1, 1877, e *Gazz. med. Ital. Lomb.*, 1877, 17).

In un colonello del nostro esercito affetto da sordità bilaterale, ma per cause differenti, a sinistra per dermo-miringite, a destra per paralisi dell'acustico colpa la folgore che lo aveva colpito a sette anni, instituì due cure differenti; taccio di quella messa in uso felicemente a vincere la dermo-miringite e mi fermo all'altra adoperata per la paralisi.

Assicuratosi che il nervo acustico non era distrutto, ma viveva (e ciò mediante un'energica insufflazione d'aria per la tromba d'Eustachio, che momentaneamente rese un po' di facoltà uditiva al paziente), faradizzò con un apparecchio comune di induzione animato da una pila Grenet, le diverse parti in questo modo: diede in mano al paziente il polo negativo, mentre egli col positivo toccava prima i muscoli esterni del padiglione, la parte posteriore dell'apofisi mastoidea, poi con catetere di gomma elastica armato di fusto metallico terminante in bottone penetrava nel condotto uditivo esterno, nel quale aveva cura di instillare qualche goccia di soluzione di ioduro di potassio; dopo alcuni giorni pose il polo positivo sul bordo posteriore della lingua; poi introdusse un filo metallico nella cavità timpanica a mezzo di un catetere di gomma a sua volta introdotta in altra metallica in modo da non offendere le parti ma di esser certo d'essere penetrato in cavità, ed il polo positivo collocava sull'orecchio esterno, moderando la corrente.

Dopo undici sedute l'infermo udiva già qual cosa dall'orecchio offeso; dopo venti udiva alla distanza di un metro, dopo la 26ª a cinque metri.

Notò tuttavia che era d'uopo continuare nella cura, perchè sospendendola, l'udito s'indeboliva.

Diede molta importanza alla elettrizzazione della corda del timpano; forse il solo nervo che si trovi in relazione per anastomosi coll'acustico.

L'elettricità nel vomito nervoso; del dott. Semmola. (*Gazz. Med. It. Lomb.*, 1878, n. 6).

La figlia dell'onorevole deputato C, tormentata pel lasso di tre mesi da vomito e giudicata affetta da ulcera perforante di stomaco, una sera fu colta bruscamente anche da afonia. Chiamato il Semmola, venne esso in sospetto si trattasse di isterismo; applicò la corrente coll'apparecchio

d'Onimus, e subito dopo l'ammalata potè prendere una tazza di latte. L'applicazione fu fatta fra i lati del collo e la laringe, e poscia fra i lati del collo e lo stomaco. L'inferma pronunciò il nome del padre dopo cinque minuti, e dopo 1/4 d'ora d'applicazione epigastrica si provò amministrarle qualche cucchiaiata di latte; da quel momento in poi non ebbe più vomito. Si ripetè l'applicazione della corrente più volte al giorno; e dopo due mesi la guarigione era completa e stabile. Io avrei desiderato che l'Autore avesse indicato il numero degli elementi adoperati e la direzione della corrente.

Del resto fino dal 1855, fece noto un altro caso di vomito da lui guarito colla faradizzazione.

A lui spetta quindi l'iniziativa di questa cura e la priorità indiscutibile.

I medici gliene devono essere grati perchè pose in loro mano un mezzo curativo, ed anche diagnostico, in tutti i casi di vomito cronico. Se gli altri elementi della diagnosi, dice, egli non bastano ad allontanare ogni dubbiezza sull'esistenza di processi gastrici che sieno la diretta causa di vomito, e quando si tratti di vomito per azione reflessa, di cui il punto eccito-motore sia p. es., la verminazione, o certe croniche malattie dell'utero, l'applicazione della corrente chiarisce subito il problema; e nei casi in cui il vomito non è esclusivamente e primitivamente nervoso, la sua applicazione riesce affatto inutile a permettere la tolleranza degli alimenti per lo stomaco.

Ne ha raccolti 20 casi clinici tutti guariti e li pubblicherà quanto prima.

Cura del reumatismo acuto colla faradizzazione; del dott. Abramowski.

Già il dott. Drosdoff aveva intrapreso studii per determinare se la faradizzazione ha efficacia curativa nel reumatismo acuto ed era venuto alla conclusione, che diminuisce il dolore, o anche l'abolisce, che diminuisce il corso della malattia, non impedendo però le ricadute.

Ora l'Abramowski ripetè le osservazioni di Drosdorff, e differiscono da quelle di costui solo nella circostanza che egli adoperò spugne bagnate negli elettrodi invece di spazzola elettrica, trovò che il dolore non era molto duraturo se si passava presto alla faradizzazione, ma che non lo si sospendeva; del resto ebbe favorevoli risultati.

Faceva sedute di 10 o 15 minuti per giorno.

Il miglioramento avveniva dopo poche sedute e in molti casi gli ammalati potevano subita la seduta muovere gli arti colpiti.

Circa i sintomi febbrili notò che sono in proporzione coll'intensità dei sintomi locali; non osservò però l'eccessiva temperatura di oltre 40°.

La cura durò in media dieci giorni.

Applicazione delle correnti indotte in certe forme di dilatazione di stomaco; del dott. C. Fürstner. (*Berlin. Klin. Wochens.*, N. 11, p. 141, 1876).

V'ha una dilatazione dello stomaco, idiopatica, primitiva, essenziale,

misteriosa e quasi sempre letale, ove sembrano come paralizzate non solo le pareti assottigliate ed inerti del ventricolo, ma sì ancora le pareti dello stomaco.

V' ha una dilatazione sintomatica e consecutiva dipendente o da stenosi del piloro (per molte e varie cause) o da degenerazione grassa della tunica muscolosa, o da infiltrazione diffusa plastica o carcinomatosa, o infine da ulcerazione della tunica muscolare.

V' ha una dilatazione legata a isterismo o a nevrosismo. È contro quest' ultima forma che il Fürstner ricorse all'elettricità faradica. Trattavasi di tre giovani donne nevrosiche, accolte nella Clinica di Westphal (di Berlino) nelle quali dietro un traumatismo della regione epigastrica eran comparsi fenomeni isterici come attacchi convulsivi, periodica dilatazione e tumefazione dolorosa dello stomaco, vomiti, ecc.

Egli applicò un polo di un apparecchio d'induzione con spugne umide alla fossetta epigastrica e l'altra sull'ipocondrio sinistro.

Vide in breve tempo migliorati tutti i sintomi.

Aneurisma del tronco brachio-cefalico trattato mercè l'uso della corrente elettro-galvanica esternamente applicata; del prof. Gallozzi Carlo. (*Morgagni*, settembre 1876):

(Vedi *Annali univ. di med. e chir. Parte Rivista.* Vol. 240. Aprile 1877, pag. 344.

Degli effetti della corrente galvanica sulle pareti arteriose aneurismatiche; del prof. Martino A. (*Morgagni*, sett. 1876).

(Vedi *Annali univ. di Med. e Chir. Parte Rivista.* Vol. 240. Aprile 1877, pag. 346).

Applicazione della elettricità faradica sulla superficie di un tumore aneurismatico della carotide primitiva sinistra; del dott. José Pereira Guimares.

Un facchino d'anni 40, presentossi al 5 gennaio 1874 alla Casa di salute di Nossa Senhora d'Aaiuda: aveva un tumore pulsante nella regione cervicale sinistra, estendentesi da 2 1|2 centimetri sopra la clavicola, fino al margine superiore della cartilagine tiroide, con tutti i caratteri d'aneurisma: fu giudicato appunto per tale ed appartenente alla carotide primitiva sinistra.

Proposta e non accettata la legatura dell'arteria fra il tumore ed il cuore sortì dalla Casa per rientrarvi il 3 ottobre con un aumento considerevole del tumore estendentesi fino al disotto della clavicola (quattro volte più di quello che era in gennaio).

« Non era possibile, dice l' Autore, tentare la legatura, era imprudente ricorrere alle injezioni coagulanti, controindicate negli aneurismi così voluminosi; esitai fra la elettro-puntura e la compressione diretta.

Ma intanto mi occorse alla mente un espediente, non ancora, per quanto io sappia, stato consigliato, nè provato; voglio dire le scosse elettriche sulla superficie esterna del tumore. Pensai che queste forse

produrrebbero la coagulazione e per conseguenza la guarigione del tumore.

Prima però di por mano all'elettricità, cominciai a fare applicare il ghiaccio sull'aneurisma senza che ne avvenisse la più piccola modificazione.

Il 25 applicai i due elettrodi di una macchina elettrica, collocando alternativamente i poli positivo e negativo sul tumore, ora allontanandoli, ora avvicinandoli fra loro. L'apparecchio aveva circa la forza dell'apparecchio elettro-magnetico di Gaiffe. Le scosse erano applicate con la stessa forza che si suole nei casi di paralisi muscolare, aumentandola forza insino a che il malato poteva tollerarla. Sotto l'azione della corrente, lo sterno-cleido-mastoideo contraendosi fortemente, contribuiva a far diminuire il tumore.

L' applicazione durava dieci minuti, durante i quali si interrompeva un poco, perchè il malato accusava molti dolori, che cessavano immediatamente dopo.

Dopo la prima seduta osservai, che il tumore era impicciolito, che erasi fatto più duro, e batteva meno forte.

Il giorno dopo sembrava un poco più piccolo, ma temendo che si infiammasse, non feci la seconda applicazione che il giorno seguente, 27. Furono osservate le stesse regole, ed ebber gli stessi fenomeni. Il 30 ottobre si fece la terza applicazione ed il 2 novembre la quarta.

Il 3 si osservò che il tumore era ancora maggiormente diminuito di volume; ma la pelle era rossa, tesa, v'era dolore e un poco di calore, senza però reazione generale. Il ghiaccio fu usato per combattere questo stato infiammatorio che cessò dopo due giorni.

Il 6 e l' 11, si tennero le ultime sedute d' elettricità, nell' intervallo delle quali ricomparvero alcuni fenomeni infiammatorii, che cedettero alla applicazione del ghiaccio.

Il tumore andò sempre diminuendo, divenne più duro e batteva lentamente, di guisa che il 22 era ridotto a due terzi di volume. Il malato volle allora partire dall' ospedale; gli si dovette accondiscendere, raccomandandogli assoluto riposo.

L'Autore lo rivide dopo due mesi, e trovò con grande soddisfazione, che il tumore era indurito completamente non più pulsante, e ridotto in volume alla metà di quello che aveva quando il malato era uscito dall'ospedale.

Era stato, come dissi, raccomandato all'infermo l'assoluto riposo, ma egli invece portò pesi come nulla fosse; ebbene! malgrado ciò il tumore seguitò sempre a rimpicciolire, di guisa che ai primi del 1876 era ridotto alla grossezza di un nocciuolo, appianato, quasi circolare, duro, del volume di una piccola moneta.

L' Autore non esita ad attribuirne la guarigione all' elettricità per la sua azione coagulante, cui avrà contribuito la compressione fatta dallo sterno-cleido-mastoideo, la cui contrazione, come si disse, sotto la corrente

faceva diminuire il volume del tumore. I grumi poi accesero, secondo lui, probabilmente un processo infiammatorio nel sacco, che a sua volta cooperò alla chiusura di questo. Invito il lettore a confrontare questo processo, semplice e facile di curare gli aneurismi con quello del Gallozzi annotato da Martino, e col processo del Percepied per la cura del varicocele, ed a considerare gli apprezzamenti che vi si fecero sopra. Se è difficile, dico io, ammettere la coagulazione del sangue per azione del galvanismo applicato esternamente, lo sarà anche per quella del faradismo, a meno che non si voglia per questo invocare la forte tensione capace di far ciò che io supposi abbia fatto la costante nel caso di Percepied. Ciò volendo ammettere la coagulazione. Attenendosi alle idee del Martino, e volendole applicare al faradismo, faccio riflettere che l'Onimus ultimamente (vedi *Gaz. Hebdom.*, 1877), dimostrò che eccitando colla indotta i nervi vaso-motori in modo da imitare i movimenti ritmici dei vasi, si attiva la circolazione e quindi si può ringagliardire la tunica muscolare sfiancata! pare che ciò facesse il Pereira senza volerlo, se si riflette che applicava le scosse come quando si vuol destare la vita nelle fibre paralitiche e avvicinava e allontanava i reofori.

Mentre scrivo, viene accolto nel civico spedale di Mantova ed affidato nella sezione medica da me diretta, certo Squassoni Carlo di anni 36, affetto d'aneurisma alla sommità dell'arco aortico, ampollare, sporgente alla sommità del giugulo, a forma circolare, con un diametro di 4 centimetri. Presenta i caratteri tutti dell'aneurisma (doppio impulso, rumore, espansione, ecc.). Non presentando sintomi d'urgenza, ma soltanto un po' di dispnea, e ronco tracheale, mi decido a tentare l'elettricità tanto faradica, quanto galvanica, applicata esternamente: al 31 maggio applico dapprima la faradica per 8 minuti (svolta dalla prima elica del rocchetto volta-faradico di Bandinelli), estraendo per metà il moderatore. I due reofori poggiano sulla circonferenza del tumore munito di spugna; immediatamente dopo, applico la costante impiegando nella prima seduta una batteria di Sthörer di 12 coppie che deviano l'ago del galvanometro di 60 gradi e che danno al voltametro 4 1\|2 centim. di gaz tonante ogni cinque minuti; applico il polo positivo nel centro del tumore, con spugna umida, ed il negativo munito dell'elettrodo impolarizzabile di Du-Bois, sulla periferia, per 11 minuti. Replico al 1° giugno; al 2 e al 3, riposo della galvanica; il 4, terza applicazione della galvanica con 20 coppie dello Sthörer che danno 90 al galvanometro e 6 1\|2 centim. di gaz tonante ogni 5 minuti (erano stati rinnovati i liquidi). Solita cautela dell'elettrodo impolarizzabile al negativo per evitare le escare. Lascio un giorno di riposo, e al 6 faccio la quarta applicazione della galvanica ma con batteria Siemsen, medio modello (17 coppie) che segna al galvanometro gradi 70 e dà al voltametro 4 1\|2 centim. ogni 5 minuti; metto il positivo con spugna umida all'estremità destra del diametro trasversale del tumore, e il negativo con elettrode impolarizzabile a sinistra, per la

durata di 15 minuti; la pelle si arrossa come sempre e al negativo vi è qualche rilievo bianco che sparisce dopo dieci minuti.

Lascio un giorno di riposo della applicazione galvanica, ed applico invece la faradica per 12 minuti ed estraendo per due terzi il cilindro e dando scosse come si pratica per la faradizzazione nella paralisi. Nell'8°, 5ª applicazione della galvanica come nella 4ª; nel 9° applico la faradica per otto minuti, e subito dopo, la costante nella maniera della 5ª applicazione; nel 10° si rileva che il tumore si è sviluppato, più in alto quasi spostandosi, e lascia libera un po' di più la respirazione; ma si nota che conserva tutti i caratteri di espansione, doppio impulso, il soffio sistolico e diastolico sul tumore. Non si vede quindi alcun miglioramento, e si decide per la galvano-ago-puntura, che viene in giornata eseguita dal prof. Ciniselli e dal dott. Omboni: ne darò relazione a suo tempo. L'applicazione esterna dunque non ha giovato!.... è vero che non fuvvi mai reazione, è vero che non si aspettò molto a ripeterla, ma chi poteva lusingarsi non vedendo mai un cambiamento?

Quattro casi di eczema cronico curati coi tonici e col l'elettricità; del dott. Fisch.

Ai molti autori citati a proposito dell'articolo del Breda, che si servivano dell'elettricità per curare le malattie della pelle, aggiungo anche questo, il quale per altro unitamente alla galvanizzazione del simpatico, e delle parti malati, adoperò anche il fosfuro di zinco, in un colla noce vomica.

Soppressione della secrezione salivare guarita colla corrente elettrica; del dott. Baynes (*Presse Médicale belge*, settembre 1877).

Egli adoperò una batteria galvanica di 12 elementi; introdusse un filo metallico in comunicazione con il polo negativo nel condotto di Stenone e pose il positivo sulla nuca: invertì molte volte la corrente e fece durare la seduta 10 minuti; dopo la quale (tre minuti dopo) l'ammalato sentì inumidirsi la lingua; ripetuta nel dì dopo l'applicazione, fu raggiunta subito la guarigione.

Trattavasi di un giovane di 22 anni che d'un tratto era stato sorpreso da secchezza di bocca, impossibilità d'inghiottire. I condotti Vartoniani e Stenoniani avevano gli orifici aperti; la lingua sembravagli gonfia e la bocca impaniata.

Effetti della faradizzazione in un caso di rabbia; del dott. Mennesson. (*Accad. delle scienze di Parigi*, 29 ottobre 1877).

Applicò un polo dell'apparecchio d'induzione alla nuca alla regione bulbare e l'altro polo alla pianta di uno dei piedi. Sotto l'influenza della corrente elettrica, l'infermo provò un sollievo immediato, ed all'eccitazione considerevole che esisteva, subentrò una calma sensibile che gli permise di discorrere, di bere senza spasimi alla vista o al contatto dei liquidi. L'azione continuata della corrente produsse un assai vivo dolore, per cui la si dovette interrompere ad istanza dell'infermo, ma essendo allora ritornate le spaventevoli convulsioni, si tornò ad applicare il fa-

radismo che ricondusse nuovamente la calma. Ad onta di ciò il malato morì per l'arresto delle contrazioni cardiache.

Il lettore ricorderà i tentativi fatti in proposito in Italia dalla Commissione milanese instituita per lo studio della rabbia canina (V. « Ann. univ. di Med. » 1878, fasc. di gennajo). La Commissione aveva deciso di dare la preferenza alla corrente discendente (positivo alla nuca, negativo alla parte anteriore del collo, o ad un punto intermedio fra le ultime dorsali e le prime lombari, o al sacro o biforcato alle piante dei piedi). Il dott. Schivardi, che alla Commissione stessa assisteva, vi si addattò, ma per isvista avvenne invece che il polo negativo fu applicato sul fronte ed il positivo ai piedi; quindi si ebbe una corrente ascendente. Fu adoperata una batteria composta di 22 elementi Daniell, e la si lasciò applicata 90 ore circa con pochi riposi per giorno di due o tre ore per volta.

L'inferma viveva in sesta giornata senza fenomeni di idrofobia, calma, ma assai prostrata.

Morì in questo secondo periodo che non era stato mai osservato per l'avanzare del processo discrasico sanguigno (analogo all'uremia).

L'Onimus e Legros citando questo caso, soggiungono che sarebbe stato ugualmente più utile applicare una corrente discendente.

Saturnismo cronico e corrente costante; del prof. SEMMOLA M. (*Annali Clinici degli Incurabili di Napoli*, febbraio 1877).

Adoperò una batteria Wollaston di 8 elementi, ponendo il polo positivo sulla lingua, ed il negativo a forma di piastra di rame sull'epigastrio. La durata della seduta dapprima non la prolungò che a 10 minuti, ma a poco a poco arrivò ai 40, dando qualche minuto di riposo. Vide il giovamento già subito dopo la prima seduta, ma dopo le 16 era evidente. Scomparso era l'orlo turchiniccio gengivale, eliminavasi per orina il piombo, ritornava la nutrizione muscolare e ricostituivasi l'infermo.

Osservazione d'un avvelenamento saturnino arrivato agli ultimi stadii, e trattato coi bagni galvanici; del dott. KNOLT. S. J. (*The Lancet*, pag. 531, 14 ottobre 1876).

Trattavasi di un uomo di 30 anni entrato in cattivissime condizioni in ospitale al 22 giugno 1875. Dopo esperiti molti rimedii, nel 4 dicembre 1875 si pensò al bagno galvanico.

Immerso il paziente in un bagno, gli si pose il polo positivo di una batteria di 28 coppie sulla nuca, ed il negativo ai piedi; dopo 10 minuti, si fece passare il negativo sulle braccia e sulle altre regioni paralizzate. Il bagno di gradi 29°,4 centigr. durò 20 minuti. Dopo la seduta restava un'irritazione alla cute incommoda da impedir talvolta il sonno. A questo proposito io faccio osservare che Weisflog, crede che un corpo di un individuo immerso in un bagno, sia attraversato dalla corrente elettrica condotta a mezzo dell'acqua, senza che lo stesso individuo fermi il circuito colle sue braccia, nel solo caso in cui i poli abbiano una certa

superficie di sezione. Ciò lo prova con la seguente esperienza. In una vasca piena d'acqua, lunga 60 centimetri e larga 40, pose due poli metallici semi-lunari lunghi 40 centim. e alti quanto la vasca, in relazione colla batteria. Immergendovi una rana, questa entrava in convulsioni non quando era in vicinanza immediata ai poli, bensì quando se ne allontanava alquanto. Or seguitando colla osservazione del Knolt, annoto, che dapprima fece sedute giornaliere poi tre alla settimana, al 3 gennaio 1876, l'ammalato era guarito.

È da considerarsi che al quarto bagno l'acqua fu acidulata, per aver maggior azione, e che Handfield Jones analizzatone 4 litri e mezzo, vi trovò non equivoche traccie di piombo. La medesima acqua tenuta lontana dal contatto del paziente, ron ne conteneva un atomo.

Aggiunge che guarì anche altri casi ove non si trattava che di accidenti saturnini quali paralisi, coliche — e ciò in poche sedute.

Esprime la speranza che tale mezzo si possa estendere agli avvelenamenti con mercurio, arsenico, ecc.

Enuresi della fanciullezza curata colla faradizzazione; del dottore Ultzman.

Meyer cita molti casi d'incontinenza d'orina (enuresi notturna) guariti colle correnti elettriche.

Onimus e Legros ne guarirono tre, adoperando una corrente continua discendente di media intensità applicata alla parte inferiore della midolla.

Il metodo dell'Ultzman merita di essere segnalato perchè si scosta dai comuni e si serve del faradismo: introduce un reoforo fatto a sottil zaffo di ottone nell'intestino retto o anche in vagina e pone l'altro sulla sinfisi o sulla parte superiore della coscia: fa sedute giornaliere: in 4-6 settimane ottiene la guarigione. Tale successo fu confermato anche da Herschman.

Agendo in questo modo si eccita lo sfintere interno dell'uretra raccorciato, su cui fa pressione la vescica piena e nel quale il tono reflesso è diminuito.

Dell'influenza che esercita la faradizzazione della pelle in certi casi di anestesia cutanea; del dott. Vulpian. (*Arch. de Physiologie normale et pathologique*, 2ª serie, 1875).

Si servì di un apparecchio magneto-elettrico a correnti potentissime: posò gli elettrodi molto distanti l'uno dall'altro, l'uno armato di spugna umida, l'altro di pennello metallico.

La emianestesia era completa ne' tre sui modi, di origine cefalica e datava da più di un mese: trovò che dopo due o tre minuti l'ammalato provava formicolii, poi dolori intensi, che obbligavano a sospendere la seduta dopo 8 o 10 minuti. La sensibilità tattile rimase sempre alquanto ottusa

Quando l'anestesia dipendeva da isterismo o da atassia ottenne eguali risultati non però costantemente.

In un caso di atrofia muscolare non compare la sensibilità termica.

Del resto in tutti questi casi la sensibilità tattile rimase un po' ottusa, e il miglioramento nelle altre non avviene che nelle parti elettrizzate e in modo passeggiero.

Soltanto nelle anestesie dipendenti da avvelenamento con piombo non ebbe alcun vantaggio.

Conclude col dire che se la sensibilità è assolutamente spenta non si ottiene mai alcun risultato.

Elettro-ago-puntura in aneurisma dell'aorta ascendente con esito di guarigione, dal cav. dott. Ciniselli. Comunicazioni e considerazioni del dott. Bulgheri Giuseppe (lette all'Ateneo di Brescia nell' adunanza del giorno 4 aprile 1875 e riportata nella *Gazz. Med. Ital. Lomb.* anno 1876, N. 13.

È una storia redatta con molta diligenza, con eccellenti considerazioni sul modo di operare e sull'azione dell'elettrico, già fatte conoscere dal Ciniselli, e che perciò si risparmiano al lettore, che può trovarli nel libro di quest'ultimo.

Fischer. **Un caso di aneurisma dell'aorta curato colla galvano-puntura secondo Ciniselli.** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1975, n. 45 e 46).

(Vedi *Annali Universali di Medicina, Parte Rivista*. Vol. 236, febbrajo 1876, pag. 125). — Prego il lettore di tener calcolo di quest'articolo per le conclusioni, che ne cava l'Autore, alquanto differenti di quelle a cui giunsero Ciniselli, De-Cristoforis, ecc.

Aneurismi dell'aorta, curati colla galvano-puntura; del dott. Bulgheri Giuseppe. (*Gazz. Med. Ital. Lomb.* 1877, N. 10, 21).

Uno, è un aneurisma falso laterale destro dell'aorta ascendente;

Un altro è un aneurisma spontaneo ampollare del lato destro dell'aorta ascendente;

Un terzo è un aneurisma falso traumatico al lato sinistro dell' aorta ascendente nella sua porzione extra pericardica.

Le storie di questi casi sono redatte con mano maestra; nulla v'è a desiderare.

È importante la lettura di esse, perchè l'Autore fece uso d'un collettore di sua invenzione, col quale si risparmiano al paziente le scosse, avendo cura di chiudere il circolo quando non passa che la corrente svolta da un solo elemento e di portarla al massimo gradatamente per ritornarla al minimo quando è giunto il momento di cangiare la direzione della corrente.

Un tale congegno riesce a risparmiare il dolore, qualora si abbia cura di soffermare l'indice sul quinto o sul sesto elemento per lo spazio di un minuto subito che il malato comincia a dolersi, per poi aumentare la forza fino al 24° elemento.

La debole corrente usata in sul principio, produce una superficiale cauterizzazione intorno all'ago, la quale distrugge le fibre nervee, e nello

stesso tempo protegge i tessuti circostanti da una maggiore e subitanea diffusione dell'elettricità negativa; motivo per cui viene indi resa minore l' irradiazione dei dolori nel plesso nerveo cervico-brachiale.

Da queste storie è provato una volta di più l' utilità della galvano-ago-puntura a calmare le nevralgie, a cessare la dispnea, le sincopi, a mitigare insomma le tremende sofferenze degli infermi, oltre a quella riconosciutale di determinare il coagulo nell'interno dell'aneurisma, frenarne lo sviluppo e permetterne perciò una relativa guarigione: accenna sul finire dell'articolo ad una controindicazione non stata ancora accennata da alcuno: essa riguarda gli aneurismi cardiaci; rari in vero e poche volte tali da manifestarsi all'esterno. Egli però uno ne vide che per il suo straordinario volume faceva vasta protrusione nella regione cardiaca; un chirurgo vi infisse due aghi, e vi fece passare una corrente galvanica che dopo 10 minuti deviò l'ago di un galvanometro a 77 gradi. Appena la corrente raggiunse tale intensità, l'infermo cadde in sincope, che obbligò a desistere dall'operazione.

Gli esperimenti elettro-fisiologici fatti sui nervi vaghi, sui nervi simpatici cardiaci e sul cuore degli animali, hanno dimostrato che una corrente troppo intensa che su di questi agisca, reca prontamente la paralisi del cuore. In tali casi dunque sarà controindicata la galvano-puntura.

Aneurisma dell'aorta toracica per cinque volte trattata felicemente col metodo Ciniselli: del dott. Omboni Vincenzo. (*Raccoglitore Medico*, Serie IV, vol. VII).

(Vedi *Ann. Univ. di med. e chir., Parte Rivista*, vol. 243, agosto 1877, pag. 144).

Contribuzione alla cura dei tumori colla elettrolisi; del dott. Omboni Vincenzo. (Lettura fatta al Comitato Medico di Bozzolo il 19 ottobre 1877).

Il dottor Omboni porta con tal lavoro nuovo materiale in prova dell' efficacia della galvano-caustica-chimica nella cura di alcuni tumori.

Si sa che il Ciniselli, trovò utile tal metodo nei tumori fibrosi, nei ghiandolari, specialmente nei linfo-adenomi, od adeno-sarcomi cronici, nelle cisti steatomatose, non tanto per la distruzione procurata colle escare quanto pel cambiamento di nutrizione in essi indotto; che lo trovò di poco o nulla azione nei linfomi, e di incerta efficacia nelle raccolte liquide in cavità naturali e dilatate o patologiche; che lo esperimentò benefico nelle angectasie e nei tumori cavernosi, arteriosi e venosi, per la sua azione caustica paralizzante, e per la contrazione indotta dalle cicatrici delle escare: che finalmente lo trovò utile in pratica come sussidio ad altri metodi già noti, p. es., quando il volume sia tale da impedire l'introduzione degli stromenti senza preliminari operazioni.

Ora l'Omboni viene co' suoi casi a dar pienamente ragione ai dettati del Ciniselli.

In due trattavasi di vegetazioni appianate, facili a dar sangue occupanti i tre quarti anteriori dell'uretra femminile. Bastarono due sole applicazioni di mezz'ora colla pila Ciniselli a 24 coppie, animate da liquido debole, reso acido da grammi 4 di acido solforico sopra 100 di acqua distillata; si servì di due aghi di platino introducendoli lungo lo spessore della parete uretrale, guidandoli col dito in vagina fino a 3 o 4 millim. dall' orificio vescicale, e dopo 15 minuti applicò il negativo a mezzo di siringa metallica investita da siringa di gomma elastica, fenestrata, in maniera che la fenestra corrispondesse a tutta la parete malata. Non si ebbe reazione.

In un altro trattavasi di due corpi fibrosi nel parenchima del collo uterino, del volume di una nocciola l'uno, e di una castagna l'altro, causa di metrorragie. Usò lo stessissimo metodo, guarigione in due sedute. Fa osservare che in questo ultimo caso l'esito felice fu dovuto più che ad altro a successiva atrofia del tessuto patologico.

Il 4° era un polipo naso-faringeo che occupava tutta la cavità delle fauci, impediva la respirazione e l'introduzione di stromenti per denudarlo. Sette sedute della durata di 20 minuti ciascuna (adoperando alcuna volta la pila Ciniselli come nei tre casi antecedenti, altre volte 8 elementi Grenet piccolo modello, immersi per mezzo centimetro nella soluzione acquosa di bicromato di potassa coll'acido solforico) coll'intervallo fra le prime sei di 20 in 30 giorni, la settima dopo tre mesi, ridussero il tumore a tal volume da poter essere demolito colla galvanocaustica termica.

L'ampiezza però della base del tumore è la lunghezza dell' ansa e la emorragia profonda, costrinsero a compiere l'operazione collo schiacciatore a vite previo cambio per trazione e scorrimenti dell' ansa metallica.

Gli ultimi due casi (il quinto cioè ed il sesto) sono: un ganglio composto del carpo destro, teso, elastico, fluttuante, non crepitante, indolente, ma impacciante i movimenti della mano; ed un encondroma costale rotondo di larga base (4,4 e 4,6 centim.), poggiante sulla quarta cartilagine costale destra.

Accertata nell'un caso e nell'altro la diagnosi, nell' uno e nell' altro si propose di ottenere coll'elettrolisi, la evacuazione del liquido per l'escara specialmente negativa, e l' atrofia della parete e dei corpi ordeiformi per l'azione polarizzante. A tal uopo, in quello del carpo, adoperò la solita batteria di 24 elementi animata da liquido al 4 d'acido per 100 d'acqua mettendone in comunicazione il polo positivo con un ago di platino e il negativo con uno d' acciajo infissi per 20 minuti nel tumore. Finita la seduta raccomandò bagno freddo e quiete. Seppe che dall'escara negativa scolò il liquido contenuto e che in tre mesi scomparve affatto;

e che recidivato dopo 5 mesi, non riacquistò però il primiero volume. Nell'altro fece tre sedute.

La prima al 12 febbraio 1875 con la pila Grenet piccolo modello con 6 elementi; la seconda il 20 marzo 1875 con la pila Ciniselli (di 24 elementi animata dal solito liquido come negli altri casi); la terza nel 5 aprile 1876 con la pila Grenet come nella prima seduta.

Dopo un mese dalla prima seduta si notò un aumento di tumore, ma con minore durezza; un mese e mezzo dopo la seconda seduta sorvenne febbre che durò 5 o 6 giorni, durante la quale il tumore si appianò per riprendere poi il primitivo volume, diminuiva in seguito, e alla fine di maggio presentava una vescica fluttuante che si aperse dando esito a poco pus e lasciando un seno fistoloso che spesso si occludeva. Passarono così molti mesi, finchè al 5 aprile 1876 (come si disse) si tornò ad operare e questa volta si ottenne perfetta guarigione.

La galvano-caustica-chimica nella cura della congiuntivite granulosa; dal dott. Omboni V. (*Gazz. Med. Prov. Ven.*, 1877, N. 7 e 8).

Egli non adoperò sulle prime l'istrumento del Gozzini, ma lo adoperò in seguito.

È del parere che si debba cercare di ottenere la modificazione della nutrizione del tessuto congiuntivale; e ciò pensa si possa ottenere col *mai* fermare i poli su punti determinati come faceva il Turchini, ma col farli scorrere continuamente sulla congiuntiva.

Nei primi tre infermi che ebbe a curare, scelse in principio la pila Ciniselli (12 elementi) colla soluzione di 4 grammi di acido in 100 grammi d'acqua distillata, ben lontana dal dare la tensione ed azione chimica che può dare anche un solo elemento di Bunsen (piccolo modello di centim. 12 d'altezza e 25 di circonferenza di zinco); dopo 5 giorni fece una seconda seduta adoperando 24 elementi della stessa pila collo stesso liquido eccitatore e dopo altri cinque giorni altra seduta. Nella prima seduta portò strisciando continuamente per tre minuti solo il polo negativo sulla congiuntiva a mezzo del calcio di uno specillo, tenendo il positivo sulla pelle della palpebra inferiore difesa da strato umido. Non vedendone effetto palese; vi portò (strisciandolo anche esso continuamente); anche il positivo a mezzo di uno specillo di platino. Gli ammalati accusarono prima pizzicore, poi un bruciore; le congiuntive si arrossarono segregando siero rossigno che si raccolse in coagulo bianco sugli eccitatori. Nessuna escara apparve; finita la seduta prescrisse bagnoli freddi. Fece una 4ª seduta dopo 4 giorni ma con i piccoli elementi Grenet (descritti negli *Annali Universali di Medicina*, 1872) immersi solo mezzo centimetro in un liquido costituito per ciascuno di grammi 25 di acido solforico, bicromato di potassa e di 450 di acqua distillata.

Ad onta che gli eccitativi fossero fatti scorrere continuamente, il bruciore fu così forte, che dopo 30 secondi si dovette desistere; fuvvi anche reazione più forte.

Dopo 10 giorni 5ª seduta colla stessa pila Grenet, ma con liquido ec-

citatore più diluito cioè 950 grammi d'acqua sulla stessa quantità di acido. e di sale.

Anche questa volta non fu tollerata l'applicazione; per cui in una sesta seduta (dopo 4 giorni) tornò ad usare 24 elementi della pila Ciniselli animata salito liquido eccitatorio (4 d'acido solforico su 100 di acqua).

Questa volta in un occhio di un malato, tenne fermo per 2 minuti il polo negativo, (scorrendo però continuamente col positivo) per cauterizzare la congiuntiva; infatti la vegetazione apparve grigia cerulea e dopo 2 giorni cadde lasciando un lieve infossamento che poi scomparve; dopo 8 giorni ne fece una settima ma senza fermare nessun polo e dopo altri sei giorni un'ottava, adoperando la precauzione suggerita dal Gozzini di involgere l'estremità degli eccitatori con filo di cotone bagnato; però dopo 3 minuti non vedendo alcun manifesto effetto, e considerando che cogli eccitatori ad evitare inconvenienti, basta non fermarli mai, abbandonò tale cautela e fece come nelle precedenti sedute.

Ne fece altre tre adoperando il cauterio galvano-caustico-chimico del Gozzini, che egli costruì da sè, in modo che riescisse più leggero ed avesse le due alette di platino assai più piccole, onde maneggiarle più facilmente ed insinuarle anche dietro la palpebra superiore.

Una dodicesima ne fece con liquido eccitatore più forte (6 d'acido in 100) ma il bruciore fu forte ed anche la reazione; per cui nelle tre successive tornò alla solita diluzione. Continuò ad elettrizzare colla distanza di 5-10 giorni, ma con 12 elementi soli, perchè s'accorse che così era più tollerata e l'applicazione aveva una modificazione nutritiva sicura.

Praticò ad un dipresso tale cura anche su altri due malati, ma uno di questi, quantunque avesse migliorato dopo la 2ª seduta, fu preso dopo la 4ª da irritazione ciliare forte, per erpete corneale dell'occhio destro, seguito da ulcerazione rotonda e da risipola del volto e del capo, che obbligò sospendere la cura elettrica. Coi soliti mezzi guarì tale complicazione; e fu notabile, che guarì contemporaneamente la congiuntiva della ipertrofia papillare.

La guarigione fu ottenuta in tutti questi tracomi, a patto d'usare un'apparecchio ad intensità debolissima e di tenere gli eccitatori assai avvicinati e fatti sempre scorrere. È degno di nota che nelle ultime applicazioni era, per l'abitudine contratta dal malato, meno efficace, e che la guarigione si completò anche sospesa la cura, per l'iniziata modificazione nutritiva.

D'un vasto aneurisma all'arco aortico fattosi per due volte esterno e favorevolmente curato coll'ago-elettro-puntura; del dottor Verardini Ferdinando. (Storia e considerazione. 2ª edizione, Bologna, 1876).

(Vedi *Annali Univ. di Med. e Chir. Parte Rivista.* Vol. 242, agosto 1877, pag. 157).

Aneurisma misto dell' aorta ascendente, trattato coll' elettro-puntura; del dott. Franzolini F. (*Giornale Veneto delle Scienze Mediche*, gennaio 1877)

Quantunque in questo caso si presentassero gravi controindicazioni, pure, considerando che a prolungare le vita non si conosceva altro metodo all'infuori di questo, che dalle ultime esperienze è dimostrato innocuo, il Franzolini vi s'appigliò ed ebbe la consolazione, non di guarire l'infermo, ma di prolungargli almeno la vita; obbiettivo unico che si era proposto, non potendo far meglio.

La necroscopia mostrò che il coagulo si era formato nel cavo aneurismatico.

Elettro-ago-puntura di un'aneurisma dell'arco aortico; del dott. Ciniselli. (*La Salute*, N. 12, 1877).

Nella Clinica di Ginevra del professor pareggiato dott. E. Maragliano, il chiarissimo dott. Ciniselli, operò col suo metodo, nel giorno 24 giugno 1877 un aneurisma dell'arco aortico. — Vi assistevano il dott. Gasparoni, e molti altri medici. — Furono infissi tre aghi; la seduta durò tre quarti d'ora.

Non avvenne alcun accidente sinistro. Si ebbe per effetto la calma della dispnea, e delle forti nevralgie che affliggevano l'infermo da venti mesi.

Due osservazioni di aneurismi trattati coll' ago-elettro-puntura; del dott. Bini Guido. (*L'Impar-iale*, N. 9 1877).

Non si trattava di aneurismi aortici; sivvero di un aneurisma misto esterno dell' arteria poplitea e di un altro nella regione laterale destra del collo, assai rilevante sui piani normali.

Nel primo caso il tumore esisteva nel triangolo superiore della fossa poplitea, era voluminoso tanto da divaricarne i due pilastri superiori e da rendere convessa la superficie del cavo popliteo, elastico, fluttuante, notavansi in esso pulsazioni sincrone alla sistole cardiaca, ed un rumore di sfregamento aspro.

Tentate inutilmente altre risorse della chirurgia, quali la flessione angolare del ginocchio, la compression digitale della femorale, le injezioni ipodermiche di ergotina, si ricorse all'elettricità, perchè l' ateromasia considerevole dell'arteria tutta non permetteva l'allacciatura.

Nel 20 settembre 1876 allestita una batteria Ciniselli di 12 coppie, si impiantarono due aghi d'acciajo nel tumore e si operò col solito metodo mentre si faceva, benchè incompletamente, la compressione digitale della femorale. — La seduta durò 10 minuti soltanto perchè il malato era di un'estrema timidità. — Si ebbe però un soddisfacente risultato, perchè nel terzo giorno, non si scorgeva più il moto d' espansione nel tumore il quale pigliava consistenza. A dir breve, il paziente, che è medico-condotto tornò a casa in grado di seguitare nelle sue occupazioni.

Questa osservazione ei la riportò anche perchè, a suo dire, l' esito

felice fu dovuto all'azione combinata dei due metodi ago-elettro-puntura, e compressione.

Nel secondo caso si dovette abbandonare la compressione perchè d'impaccio, e si operò l'infermo cloroformizzato, con 16 coppie della pila Ciniselli, e con 4 aghi la seduta durò 10 minuti, fu fatta una seconda seduta dopo 8 giorni con 4 aghi ancora, ed una terza dopo 11 giorni con 6 aghi — assicura che furono osservate le regole del Ciniselli. — La seconda e la terza seduta durarono 15 minuti. — Non nè rilevò nè danno, nè vantaggio. — Egli dovette lasciare l'osservazione imperfetta perchè obbligato a lasciare l'ospedale; ma seppe che fu operato una quarta volta, e che poi morì d'emorragia per rottura d'aneurisma, senza conoscere la data e le circostanze che accompagnarono la morte.

Sopra un caso di aneurisma dell'aorta ascendente mediato coll' ago-puntura elettrica; del dott. Dujardin-Beaumetz (*Union Médicale*, N. 141, 142, dic.).

Fatta la diagnosi e decisosi ad operare, l'Autore volle così all'ingrosso verificare il potere coagulante dell'elettrico sull'albumina; ed a tal uopo, senza rifare le belle esperienze degli italiani specialmente del Ciniselli, si accontentò di far passare due aghi di ferro comunicanti con una pila, in una provetta ripiena di albumina.

Avendo scorto le bollicine di gaz idrogeno svolgersi attorno all'ago comunicante col polo negativo, argomentò che ugual fatto potrebbe succedere nell'aneurisma e cagionare pericolo tanto più che era esso molto vicino al cuore. — Si decise quindi di valersi dell'azione del solo polo positivo, ed a tal uopo infisse nell'aneurisma aghi d'acciajo temperati in modo da renderne difficile la decomposizione e applicò il negativo con strato umido al destro lato del torace. Si servì di ventisei elementi di una batteria di Gaiffe.

Fece due sedute, l'una al 14 giugno, l'altra all'11 luglio.

Furono tollerati benissimo: si notò anche un inspessimento della parete aneurismatica.

Però dopo 47 giorni dall'ultima operazione, l'ammalato soccombette per il progredire delle insufficienze valvolari concomitanti e la sezione cadaverica dimostrò la esattezza della diagnosi, e l'effetto benefico coagulante della corrente elettrica.

Questo adoperato dal Dujardin-Beaumetz, è il metodo dell'Anderson sul quale mi intrattenni già in altre Riviste.

Non ci torno sopra; ma da cronista fedele, registro il fatto.

Dell'elettricità della cura dell'idrocele; del dott. M. Macario. (*Gazz. Med. Ital. Lomb.*, 8 sett. 1877).

Racconta di aver guarito nel 1864 un idrocele, col metodo semplice della farado-ago-puntura, e di averne fatto una comunicazione alla Società di Medicina e Climatologia di Nizza, che cita nel presente articolo.

Eccone il processo: Conficcò due aghi d'ago puntura l'uno all'apice,

l'altro alla base del tumore (che in un caso aveva il volume di un arancio, in un altro eguagliava due pugna riunite) e li fece comunicare coi due poli dell'apparecchio a induzione Morin e Legendre.

Il dolore provocato dalla corrente fu estremamente vivo, ma nella sera stessa, e all'indomani, non vi erano traccie di liquido nella tunica vaginale, senza che fosse sortito una goccia di siero dalle punture. — In un caso la guarigione fu radicale, in un altro la raccolta si riprodusse.

L'Autore considerando 1.° che la paracentesi seguita da injezione può riescire male e cagionare persino la morte, perchè il cannello può abbandonare la cavità vaginale in quella che lo scroto si ritrae e si scuote, e per ciò solo introdursi liquido tra le tuniche scrotali, 2.° che talora si ha la gangrena dello scroto per filtrazione del liquido attraverso qualche scrosciatura della tunica vaginale, 3.° che all'injezione può succedere infiammazione che si propaghi alle vene del cordone e cagionare la morte, 4.° finalmente che la incisione nelle mani dello stesso Richerand fu causa di assorbimento purulento, propone il semplicissimo mezzo, che descrissi.

Cura dell'idrocele coll'elettro-ago-puntura; del dott. F. ZAMBONI. (*Giornale Veneto di Scienze Mediche*, 1877, ottobre).

L'Autore dice di esser venuto nella determinazione di operare un idrocele della lunghezza di centim. 18, e della circonferenza di 26 centimetri, dopo la lettura della comunicazione del dott. Macario. — Infisse due aghi da ago-puntura fino a penetrar nella vaginale del tumore, uno all'apice, l'altro alla base: adoperò la 2.ª elica dell'apparecchio di Gaiffe, estrasse per metà il graduatore, prolungando per cinque minuti la seduta, che non fu molto dolorosa. — L'assorbimento si iniziò subito, sicchè al giorno dopo non ve ne era che un terzo; ripetè l'operazione, e lo spandimento fu del tutto riassorbito; però dopo 10 giorni se ne riprodusse alquanto, che egli fece dileguare con una terza operazione.

A spiegare il fatto, ricorre alla teoria del galvanismo. — Non lo poteva in nessun modo perchè la corrente faradica che possiede pur qualche virtù galvanica è quella della prima elica o l'extra-corrente.

Io pure, capitatami la occasione, esperimentai questo semplice mezzo.

Era sulla fine di aprile del 1878 quando fu accolto nella mia Sala per lombaggine reumatica, certo Cantoni Francesco di anni 71.

Palesò anche di aver da alcuni anni un tumore allo scroto, che si riconobbe per un idrocele sinistro.

Misurava esso nel suo maggior diametro (lunghezza) centim. 20, ed aveva una circonferenza di centim. 28.

Mi decisi ad adoperarlo col descritto metodo.

A questo intento, furono infissi due aghi uno all'apice e l'altro alla base e si misero in comunicazione coi poli dell'apparecchio di induzione Schivardi costrutto dal Bandinelli di Milano.

Adoperai l'extra-corrente, ed estrassi per due terzi il cilindro moderatore. La seduta durò un minuto, e produsse vivissimo dolore, ma alla mattina dopo, con meraviglia trovai che il tumore erasi ridotto ad una terza parte del suo volume, ma che eravi un po'd'edema nella parte inferiore dello scroto. — Questo, dopo pochi giorni disparve; rimase però un po'di liquido nella vaginale.

Io, confesso, che preferirò sempre questo metodo anche all' elettropuntura galvanica, perchè con essa fui testimonio di una gangrena allo scroto.

Sono del parere poi dell'Autore che si debba tentare nelle altre idropisie, quali l'ascite idiopatica, l'idrope ovarica l'idroartrosi. Per gli spandimenti pleurici, farei le mie riserve.

Circa poi il modo d'agire della corrente indotta in questi casi, si può supporre che le fibre dei vasellini capillari i quali si contrassero energicamente durante il passaggio della corrente, al sospendersi di questa si rilascino e avvenga un afflusso in essi di umori a spese anche del liquido travasato, tanto è vero che io notai l'edema nello scroto!

Così la penserebbe Onimus che non accetta le idee di Schiff e di Duchenne sull'esistenza delle fibre nervose dilatatorie.

Forse ciò succede anche nella così detta *spaccatura* (spalten) dei tumori di Meyser, la quale consiste nel far agire una corrente d'induzione molto forte colla applicazione dell'interruttore, su un tumore glandulare grande e duro; per la quale manovra dopo un minuto si nota un notevole impicciolimento di esso e a poco a poco una con ferma posizione (per riassorbimento della sostanza interstiziale).

Ora mi si permettano alcune osservazioni di un altro ordine.

In un articolo che si legge nella *Revue de Therapeutique Medico-Chirurgicale*, N. 5, 1876, quindi un anno prima, riportato dal *Bulletin med. de la Mayenne*, si descrive un metodo pel trattamento dell'idrocele, che amo riprodurre colle testuali parole:

« 1 septembre. Deux simples épingles à suture sont enfoncées de 3 centim. dans la tumeur. à la distance de 4 centim. l'une de l'autre, et mises en communication avec les pôles de l'appareil Legendre et Morin. Le passagge du courant, assez faible, a peine douleureux, n'est prolongé que pendent 4 à 5 minutes;

« 2 septembre. La tumeur est moins étendue, plus molle; on répète la séance d'electropunture dans les mêmes conditions;

« 3 septembre. La tumeur a diminué de moitié. Quelques douleurs dans les bourses ont eu lieu pendant la journé d'hier, 3 seances de galvano-puncture durant 2 minutes;

« 4 septembre. Tout liquide est disparu de la tumeur, etc. »

Dalla descrizione di tale operazione, si è in diritto di concludere che fu impiegato il faradismo. — Infatti è detto che si adoperò un apparecchio di Legendre e Morin; ora tutti sanno che questi fabbricanti hanno dato il loro nome ad un apparecchio d'induzione (vòlta-faradico)

che trovasi descritto in più opere, ma specialmente nel *Traité des applic. de l'electricité* di A. Becquerel 1857, e nell'*Arsenale de diagnostic Medical* 1877, ed io non conosco batterie a corrente costante di questi signori. — Se ciò fosse, l'autore avrebbe dovuto dire, se non di che qualità di elementi era composto, almeno di quanti di essi si fece uso, perchè il lettore si potesse fare un concetto della forza e tensione della corrente. — Di più, si sarebbero notate le immancabili escare ai punti di infissione degli aghi e si sarebbero anche descritte, e non si sarebbero ripetute le sedute a intervalli sì brevi.

Ad onta di questo egli parla di galvanismo, ed anzi cita i lavori di Rodolfi, Petrequin, ecc., e si diffonde ad invocarne l'azione elettrolitica secondo le dimostrazioni di Golding-Bird (perchè non parla del Ciniselli ? . . .).

Anche se avesse prescelto l'extra-corrente, la quale possiede in grado leggiero le proprietà della pila non poteva tener calcolo di queste, sia perchè di debole grado, in grazia anche della intermittenza sua, sia perchè la fece agire per pochi minuti — sibbene doveva por mente agli effetti del faradismo i quali sono di ben altra importanza.

Mi perdoni il lettore e più il dottor Macario se mi sono allungato in questo argomento. — Nol feci per contestare a questo distinto medico il merito d'aver per primo adoperato il faradismo nella cura dell'idrocele; sibbene per provare all'operatore francese che ne scrisse prima, che egli credendo di ottenere un effetto puramente galvanico con un procedimento pel quale si ottiene il faradico, non ha merito di iniziatore (cosa che egli non sognava nemmeno) attesochè altra cosa è fare un'osservazione, ascrivendola a tutt'altra causa e quindi non indicandone la natura, le leggi, ecc., altra cosa è fare una scoperta, per giugnere alla quale l'osservatore reagì coll'intelletto sul fatto, lo analizzò, ne stabilì le condizioni necessarie alla sua comparsa, la natura, le leggi.

Elettro-ago-puntura nella cura del cirsocele; del dott. Clementi Gesualdo. (*Osservatore Medico*, Giornale Siciliano, anno XX, Serie III, Vol. VII, 1877).

Il dott. Gesualdo Clementi, professore della R. Università di Catania, ha pubblicato un suo esperimento sulla cura del Cirsocele mediante l'elettro-ago-puntura. Dopo aver presentata una statistica, dalla quale appare essere per gran parte dichiarati inabili al servizio militare i coscritti appunto per tale malattia, passa a mostrare anche come pochi ammalati vengano operati per il grande pericolo che si corre.

Descrive quindi l'operazione da lui praticata sopra un giovane di 22 anni, affetto da cirsocele sinistro, avvisando però d'aver prima tentati altri due mezzi di cura.

Il primo si fu la compressione del gomitolo varicoso, che però non riuscì mancando d'un congegno adatto. — Il secondo fu l'applicazione dell'elettricità a corrente costante esternamente per la durata di mezz'ora; ma, dopo tre sedute fatte coll'intervallo di 4 giorni, non essendo

apparso alcun miglioramento, fu deciso di fare l'ago-elettro-puntura. Prescelse la pila Ciniselli, animata da acqua acidulata con acido solforico del commercio (5 per 100) mettendo in azione solo 12 elementi.

La prima applicazione si fece conficcando due aghi d'acciajo verso la parte superiore del cirsocele, alla distanza reciproca di due centimetri, in senso verticale e alla profondità di 20 e 24 mm. rispettivamente; applicò la corrente, apponendo prima il polo negativo (eccitatore di carbone) con l'intermedio di una pezzuola bagnata d'acqua acidulata, sullo stesso circosele, ed il polo positivo sul primo ago e terminò applicando il polo negativo sul secondo ago, ed il polo positivo coll'eccitatore di carbone sul cirsocele. Riassumo in questa tabella la successione degli scambi dei poli da lui praticata:

1.° { Polo — coll'eccitatore di carbone e pezzuola umida sul cirsocele
Polo + sul 1.° ago

2.° { Polo — sul 1.° ago
Polo + sul 2.° ago

3.° { Polo — sul 2.° ago
Polo + coll'eccitatore di carbone e pezzuola umida sul cirsocele.

Al 26.° giorno, cessato quel po' di dolore della parte operata, apparve diminuito il tumore; e si fece una seconda applicazione dell'elettricità, ma questa volta con tre aghi (1). Dopo 17 giorni un'altra applicazione pure con tre aghi e con lo stesso metodo. Ottantadue giorni dopo l'ultima operazione visibilissima era la diminuzione del tumore, ed obliterate quasi tutte le vene. — Si ebbe dopo ciascuna operazione un po' di dolore allo scroto, all'inguine, ecc., che cedè con bagnature fredde.

L'Autore dopo aver parlato sull'azione della elettricità e sugli studi fatti in proposito dal Ciniselli, passa a dimostrare come a suo credere tal metodo di cura non sia mai stato usato pel cirsocele, ed in prova di ciò cita anche due lettere del Verneuil e del Ciniselli, che si congratulano seco lui di questo nuovo progresso della terapia elettrica.

Io pure sento il dovere di lodarlo per questo felice tentativo, perchè ha posto in mano ai chirurghi un mezzo d'operare una malattia, che talvolta è cagione di dolori gravissimi non mitigati dal sospensorio, talaltra può atrofizzare il testicolo, e spesso dare molestie inguinali.

(1) 1.° { Polo — con l'eccitatore di carbone sulla cute
Polo + sul 1.° ago

2.° { Polo — sul 1.° ago
Polo + sul 2.° ago

3.° { Polo — sul 2.° ago
Polo + sul 3.° ago

4.° { Polo — sul 3.° ago
Polo + sul 1.° ago.

È vero che il Vidal (De Cassis) insegnò un metodo, che al dire di lui e del dott. Amilcare Ricordi di Milano (1) non deve destare nel chirurgo serie apprensioni, e che può essere classificato fra le operazioni chirurgiche non riputate pericolose, ma esso a mio credere, non è molto facile: richiede almeno, per confessione dello stesso Ricordi una certa destrezza e pazienza per isolare il solo condotto deferente e passare bene i fili in modo che tutte le vene sieno compresse. Quindi la conoscenza di un altro modo di riescire nell'intento è sempre una conquista della scienza (2): sicuramente che anche la elettricità vuol essere maneggiata da mano prudente e dotta delle leggi della elettrolisi, ma chi oggi non lo è ?

Applicazione dell'elettricità al trattamento del varicocele; del dottor Percepied. (Parigi 1877).

Tutto il lavoro è appoggiato a tre osservazioni; l'una d'Onimus, l'altra sua in compagnia pure d'Onimus, la terza di Clementi.

Nella prima volevasi operare un idrocele, che accompagnava un varicocele. Nella prima seduta s'introdusse un tre quarti nella tunica vaginale; ritirato lo stiletto, si evacuò il liquido, poi si fece entrare per la cannula un filo di platino coperto di uno strato di cera da sigillare, e lungo in modo da oltrepassare la cannula capillare nell'interno, di 5 o 6 millim. e restare completamente isolato dalla detta cannula. Poi si mise tale filo in comunicazione col polo negativo di una pila di 12 elementi di una batteria a bisolfato di mercurio (pila ermetica di Trouvé) ed il polo positivo fu tenuto applicato con un tampone di carbone rivestito di tela umida all'inguine; tale prima seduta durò pochi minuti. Dopo qualche settimana, fu fatta una seconda seduta: introdotta la cannula, levato lo stiletto, evacuato il liquido si injettò qualche goccia di una soluzione concentrata di joduro di potassio mescolato ad un po' di tintura di jodio nella tunica vaginale prima della applicazione della corrente, allo scopo di avere, a mezzo dell'elettrolisi, del jodio a stato nascente, e così ottenere da questo agente effetti caustici sulla detta tunica.

Nel giorno dopo si rinvenne un gruppo nodoso attorno al testicolo, dovuto ai coaguli della vena.

Nel caso, soggetto della seconda storia, s'infisse un ago inverniciato (meno la punta) in comunicazione col polo positivo fino a toccare il fascio venoso, e si applicò il reoforo negativo con eccitatore di carbone rivestito di strato di pelle umida sullo scroto; si usarono 30 elementi di

(1) « Della cura radicale del varicocele secondo Vidal (De Cassis) », contributo chirurgico del dott. Amilcare Ricordi. — Milano, Roma 1872.

(2) Nel « The Lancet », Vol. I, 1877, leggasi. « Un nuovo metodo di legatura sottocutaneo nel trattamento del varicocele col processo del Ricord, di Ogilvie Will », al quale portò altra modificazione il dott. Holt. Sono metodi anche questi non facili.

una pila a solfato di rame. Fuvvi dolore acuto consecutivo, ma avvenne la coagulazione.

La terza osservazione è quella del Clementi che già feci conoscere.

Fa precedere queste storie da una specie di monografia del Varicocele. Circa la cura io mi fermo all'elettricità. Mi duole il dirlo, ma mostra di non conoscere i lavori del Ciniselli sulla coagulazione del sangue e sulla elettrolisi, altrimenti non darebbe la preferenza ai metodi che ho detto essere stati adoperati nelle due prime operazioni. Teme infatti le escare al polo negativo, e non parla del mezzo suggerito dal Ciniselli di far provare cioè prima all'ago l'influenza del polo positivo; e per non averla, mette il negativo in comunicazione con un eccitatore di carbone investito di pelle umida sulla cute vicina, il che va bene quando si rinunci all'altro del Ciniselli, il quale ha il vantaggio di agire sul liquido con maggior forza d'elettrico. — Non si sogna d'invertire la corrente, dicendo (senza provarlo) tal pratica non solo inutile ma anzi dannosa, perchè, secondo lui, si va a sciogliere il coagulo formato (cosa che il Ciniselli ha dimostrato non succedere), così privandosi, anche per questo motivo, di un mezzo efficace di agire sul liquido da coagularsi con ambi gli aghi in esso immersi, obiettivo a cui tende la pratica del Ciniselli.

Per evitare poi le escare al positivo si affida all'incerto espediente delle vernici!

Rimprovera al Rapporto del Comitato di Torino di preferire le correnti interrotte alle continue perchè la parola interrotta, egli dice, è sinonima ordinariamente di corrente indotta — ciò non è vero: tutti sanno che la corrente indotta non è continua, ma quando si dice interrotta parlando di galvanismo (e il rapporto lo dice in un capoverso anteriore) è impossibile l'equivoco; dippiù il rapporto parla di corrente interrotta a mezzo di inversione di corrente, e non d'interrotta con altri mezzi.

Pensa come altri della sua nazione a'tempi passati, che la coagulazione possa avvenire sotto due influenze. Quando è pronta, bisogna, ci dice, cercarne la causa nell'azione diretta degli acidi attirati al polo positivo sopra l'albumina del sangue; quando si fa attendere più lungo tempo, bisogna, aggiunge, cercarne la causa in un leggier grado d'infiammazione determinato dall'elettrolisi.

Si sa che il Ciniselli ha provato luminosamente come avvenga la coagulazione intorno agli aghi immersi nel liquido e come i coaguli non rimangono nuclei inerti, ma sieno corpi elettrolizzati, e come tali, ogni loro molecola per legge di polarizzazione agisca sulle molecole del fluido che le circonda attirandole a sè e continuando in esse una decomposizione analoga a quella prodotta dalla corrente elettrica generatrice di essi, riescendo così ad aggregarseli e ad ingrossare.

Quello che è importante in questo lavoro, è che si ottenne la coagulazione del sangue nella vena, agendo mediatamente, cioè senza bisogno

che l'ago sorpassasse la parete della vena ed entrasse nella massa sanguigna. Che sotto l'azione della corrente elettrica i fenomeni della vita acquistino nelle cellule maggiore attività, che quindi i fenomeni della nutrizione sieno impressionati vantaggiosamente, lo si ammetteva, sempre però che si adoperassero correnti deboli, perchè adoperando correnti forti si svegliano azioni chimiche gagliarde che riescono dannose ai tessuti viventi nel senso che provocano composizioni e decomposizioni non compatibili coll'esercizio della vita; azioni chimiche insomma che non sono vitali. Si sapeva anche che introducendo gli aghi nelle masse sanguigne succede la coagulazione, la quale è un fenomeno cadaverico, piucchè altro, o almeno, secondo Broca, solo in parte vitale: — che la coagulazione si potesse ottenere senza infiggere gli aghi nella massa liquida e soltanto poggiando i reofori sulla pelle, non fu asserito che dal Gallozzi e contestata dal Martino (come ho fatto notare a proposito dell'articolo di quest'ultimo) il quale attribuì il vantaggio all'azione contrattiva dell'elettrico sulla fibra musculare delle pareti arteriose.

Ora il nostro Autore rivela un altro fatto importante, che cioè si ottiene la detta coagulazione infiggendo un ago almeno nei tessuti fino a toccare senza forarla la parete vasale.

Io non lo metto in dubbio, merita però che lo si confermi su larga scala. Forse la spiegazione di questo sta in ciò, che lanciando una corrente considerevole per quantità e tensione per un punto assai limitato (la punta di un ago), la si costringe ad agire con potenza sui liquidi e a provocare al di là della parete, rimpetto al luogo toccato esternamente quel fenomeno che non è vitale, o non lo è del tutto, la coagulazione.

Applicazione della elettrolisi alla cura di un voluminoso polipo naso faringeo; del dott. Viganoni Ercole.

(Vedi *Annali Univ. di Med. e Chir.* Parte originale, Vol. 239, febbrajo 1877).

Contribuzione alla terapeutica delle cisti dell'ovario; del dott. Tieber. (*American Journal of Obstetrics*, octob. p. 589, New-York, 1876).

L'Autore si serve ordinariamente d'una pila ad elementi zinco e carbone di cui il liquido è una soluzione di bicromato di potassa aggiunta all'acido solforico. Gli elettrodi sono per solito degli aghi, ma per la cisti dell'ovario egli si serve d'un ago e d'un elettrode ordinario ch'egli applica sulla pelle. Allorquando la cisti contiene una grande quantità di liquido, bisogna vuotarla avanti di procedere all'elettrolisi, allo scopo di sollevare l'ammalato il più presto possibile e di concentrare tutta la forza della corrente su le pareti della cisti in luogo d'impiegarla a decomporre un liquido di cui si può disfarsi altrimenti.

Nello stesso tempo che l'Autore usa questo modo di cura, ha anche l'abitudine di fare qualche applicazione elettrica cutanea, senza però attaccarvi una grande importanza. Si possono trattare così non solamente la cisti dell'ovario, ma anche tutti i neoplasmi in generale, colla speranza

di riuscire nella grandissima maggiorità dei casi. Gli effetti dell'elettrolisi non manifestandosi immediatamente bisogna dunque applicare la corrente per serie di sedute e lasciare tra ciascuna serie un intervallo la cui durata sarà determinata dal tempo che si crederà necessario perchè il neoplasma cessi d'essere sotto l'influenza elettrolitica. (Dalla *Revue des sciences medicales*, octob. 1876).

Cisti ovarica trattata coll'elettrolisi; del dottor Hesse. (*American Journal of Obstetrics*, octobre, janvier, 1876).

L'Autore vide l'ammalata per la prima volta nel 1874. Ella aveva allora 43 anni, e non aveva partorito che una sola volta 29 anni prima, non aveva avuto nessun aborto, era ben mestruata. La circonferenza del suo addome del quale ella aveva osservato l'aumento da tre anni misurava 29 pollici (73c,66) al disopra dell'ombelico. In ottobre 1876, esso aveva 35 pollici (89c,90) e i mestrui erano cessati dal mese di agosto precedente, dal qual tempo si era soprattutto fatto sentire l'aumento del volume del ventre. La prima seduta d'elettrolisi ebbe luogo l'11 novembre; un ago di acciajo di 3 pollici 7c,62 di lunghezza situato al polo negativo d'una batteria elettrica di Drescher (zinco e carbone) fu conficcato a traverso la parete addominale sopra la linea mediana, ad eguale distanza dell'ombelico e del pube, mentre che l'elettrode positivo era posto nella vagina, all'orificio esterno del collo uterino.

La corrente impiegata dava alla lingua una scossa ben netta, forte e scomponeva l'acqua lentissimamente. Il dolore risentito non fu molto vivo, quantunque l'ammalata fosse un poco nervosa. La prima seduta durò dieci minuti. Due giorni dopo la circonferenza dell'addome aveva diminuito di 3 pollici (9c,62), le pareti addominali erano meno tese e l'ammalata poteva chinarsi in avanti, ciò che non le era più possibile da 4 anni. Alla seconda seduta due aghi, di cui l'uno platinato, accoppiato al polo negativo, furono introdotti l'uno sopra la linea bianca, l'altro 2 pollici (5c,08) a destra, l'elettrode positivo essendo spinto fino all'orificio interno dell'utero. La seduta durò 15 minuti, il dolore fu presso a poco lo stesso della prima volta. Due giorni dopo, nuova diminuzione di circa 3 pollici; le pareti addominali erano divenute floscie come dopo i parti. Lo stesso giorno, seduta di 15 minuti sempre con due aghi; l'indomani diminuzione di 2 pollici, ciò che aveva fatto discendere la cifra totale a 27 pollici (68c,68). Nessun sintomo spiacevole dopo la seduta; la sola cosa speciale osservata fu una abbondante evacuazione d'orina una o due ore dopo. Cinque giorni appresso, il 30 novembre, l'ammalata rivedeva i suoi mestrui, e siccome ella non provava più alcun disturbo del suo tumore, si arrestò la cura coll'intenzione di ricominciare quando la cisti si riempisse di nuovo. Il 13 dicembre le cose sono nel medesimo stato; ciò che rimane della cisti sembrava un poco più duro. (Dalla *Revue des sciences med.*, ottobre 1876).

Rapporto sul trattamento dei fibromi uterini coll'elettrolisi; del dottor THOMAS GAILLARD. (*American Journal of Obstetrics*, janvier pag. 589, New-York, 1876).

Nel rapporto di Thomas, fatto alla società ostetrica di Nuova-York, noi troviamo un riassunto di 36 casi di fibromi uterini operati da 6 anni col mezzo dell'elettrolisi dai dottori Kimball e Cutter, come anche alcuni dettagli sul modo operatorio e sugli istrumenti impiegati.

La batteria consisteva in otto paja di lamine, carbone e zinco, di 6 pollici sopra 9 (15^{c},24 sopra 22_{c},86). Gli elettrodi specialmente inventati per questa operazione, e in modo da poter esser certi che s'internano nei fibromi duri: essi hanno la forma di stili scanalati allo scopo d'aumentarne la superficie e la forza. La loro lunghezza totale è di 7 1{2 pollici (19^{c}) comprendendovi il manico, la lama ha 5 pollici e 1{2 (14_{c}). La parte dello stilo che è in contatto colla pelle è ricoperta d'una vernice non conduttrice per garantirla. Il tempo pel passaggio della corrente costante varia dai 2 ai 15 minuti.

Il numero delle sedute ha variato da 1 fino a 19, avendo avuto luogo da una volta per giorno a una volta ogni due mesi. Il liquido eccitatore consisteva in una soluzione satura di bicromato di potassa con dall'una alle due oncie d'acido solforico.

Lo sviluppo dei tumori è stato arrestato in 36 casi. (Tra i quali sono contate le diminuzioni e le guarigioni complete). Non fu arrestato in 16 casi. La diminuzione ebbe luogo in 36 casi (tra i quali 3 guarigioni complete); essa non ebbe luogo in 13 casi. In 4 casi non vi fu alcun risultato. Due erano tumori maligni. Due ebbero un termine fatale. Sollievo in una grande maggioranza di questi casi.

Il dott. Thomas attrae ancora l'attenzione sopra i fatti seguenti:

La grande difficoltà che si provava a ritirare dai tessuti l'elettrode-zinco e la grande facilità colla quale si ritirava l'elettrode-carbone; la copiosissima orina che seguiva ciascuna applicazione, nella grande maggioranza dei casi.

Lo scolo acqueo abbondante che usciva dalla cavità dell'utero, allorquando si toccava quest'organo coll'elettrodo.

Il dott. Semeleder, presente alla lettura del rapporto, emette l'opinione che la batteria impiegata formava, grazie alla riunione fra essi di tutti i carboni e di tutti i zinchi, delle grandi superfici in ogni elemento, ciò che aumentava la potenza del calore e diminuiva l'azione elettrolittica. Egli aggiunse che i risultati della cura a mezzo dell'elettrolisi essendo molto graduati ci voleva perseveranza nell'adoperarla, e che era d'opinione che alcuni dei casi indicati piu sopra, se non ebbero buon esito, avrebbero potuto averlo, se si fosse continuata la cura più lungo tempo. (Dalla *Revue des Sciences medic.*, ottobre 1877, p. 558).

Osservazioni sopra l'impiego dell'elettrolisi nei tumori ovarici; del dott. SEMELEDER. (*New-York med. Journal*, mars 1877).

Secondo il recente lavoro di Semeleder ogni specie di batteria può

servire. Egli ha impiegato soprattutto gli elementi zinco e rame, o zinco e carbone. Egli non ricorre volontieri alle correnti forti, e quella ch egli applicava non produceva dolore quando i due poli erano posti sulla lingua.

Per regola generale ogni applicazione non deve durare più di 5 minuti, quantunque alcuni autori abbiano prolungato l'elettrizzazione durante 15 minuti, e ciò con successo.

La cura deve essere fatta ogni giorno, anche durante la mestruazione.

Egli non introduce nella parete addominale che un solo ago, quello ch' è attaccato al polo positivo.

L'impiego degli aghi isolati non è necessario. L'Autore preferisce gli aghi d'acciajo a quelli di platino, essi sono lunghi 3 pollici e della forma d'un ago da far maglie.

L'Autore dà il riassunto d'un'osservazione ove un' ammalata trattata coll'elettricità morì di peritonite. La cisti, enorme, misurava più di 150 centimetri in circonferenza, ed era stata operata colla paracentesi due volte, il decimo o il dodicesimo giorno avanti l'applicazione delle correnti; erano state tratte prima 45, poi 26 libbre di liquido.

A capo di 12 applicazioni d'elettricità, l'ammalata s'indebolì rapidamente e morì senza accusare dolori. L'autopsia mostrò l'esistenza d'una peritonite che partiva dal punto ove il medico avova conficcato una volta i due aghi, nella parete, ed aveva fatto passare una corrente durante 8 minuti; nel luogo dell'applicazione dell'ago negativo eravi una escara della pelle misurante 1|2 centimetro; al polo positivo non si vedeva che una chiazza bruna, secca, leggermente abbruciata. In molti punti, ove si aveva praticato la paracentesi, erasi formato delle piccole aderenze. Il contenuto della cisti era parzialmente coagulato in filamenti biancastri ed in depositi a fiocchi. (Dalla *Revue des Sciences med.*, ecc. 15 ottobre 1877).

Tre casi curati felicissimamente coll'elettrolisi dallo stesso Semeleder leggonsi nella *Presse médicale* di Vienna (e la riportarono la *Revue méd. chir. de Vienne* e il *Bulletin gen. de thérapeut.*, dicembre 1876 e la *Gaz. Med. Ital. Prov. Venete*, n. 52, 1876, e il *Paris Médical*, 14 dicembre 1876, ecc.).

Trattamento delle ulceri coll'applicazione locale delle correnti elettriche semplici; del dott. Golding Bird. (*Archives médicales Belges*, agosto 1877).

A Babington ascrive Golding Bird il merito di aver studiato per primo (1827) l'influenza del galvanismo sui tessuti viventi; ne descrive l'esperimento consistente nel porre due pezzi di carne, l'uno fra due lastre di vetro, l'altro fra due lamine metalliche di cui una di rame e l'altra di zinco unite con filo di ferro Il vedere che dopo alcuni giorni quella fra le lastre di vetro era putrefatta e l'altra non lo era ma presentava dalla parte dello zinco un aspetto lardaceo, e dalla parte del rame un

aspetto gelatinoso gli fece pensare che sotto l'influenza di una debole corrente svoltosi il cloro del cloruro di sodio della carne, si fosse portato sullo zinco per formarvi un cloruro di zinco che ha la proprietà di coagulare l'albumina, e il sodio si fosse portato dalla parte del rame a formarvi un albuminato di soda.

Dietro queste idee, il Golding Bird esperimentò l'azione elettrolitica sull'uomo vivente sia a mezzo di due piastre metalliche, l'una di zinco e l'altra di argento unite con filo metallico sia a mezzo di una pila piccola portatile. Nelle piaghe così trattate, si osserva (col sistema di due lamine) sotto la piastra di zinco un' azione escarotica, sotto quella di argento una azione; eccitante applicandole senza intermedio strato umido ma soltanto bagnate con acqua acetata sulla pelle, sotto lo zinco notò l'escara in 24 ore; applicando lo zinco su piaghe indolenti le si scorgono in breve cangiar aspetto e granuleggiare; applicandolo su granulazioni esuberanti si ottiene un' escara. Ponendo invece sulla pelle priva d'epidermide la piastra d'argento, scorse ben presto prodursi una pellicola spessa, fossevi pure suppurazione: foggiandola a bottoncino per introdurla nelle fistole, queste le vide ben presto guarire. Per ottenere questi effetti salutari dalla parte dell' argento, senza cadere nell' inconveniente d' aver un' escara sotto lo zinco potrebbesi adoperare un elettrodo impolarizzabile. Egli preferisce l'argento.

Se si vuole un'escara, bisogna adoperare lo zinco.

Alla direzione egli non dà molta importanza.

Quelli che conoscono i lavori del nostro Ciniselli pubblicati già molti anni sono, non faranno le meraviglie di questi del Golding Bird.

Voluminosa cisti idatidea del fegato trattata con l'elettrolisi come cura preparatoria per la sua apertura; del prof. Gallozzi G. Carlo.

Nel *Morgagni* (gennajo 1877) è riferito dal prof. G. Gallozzi un caso gravissimo di voluminosa cisti idatigena del fegato trattata con l'elettrolisi, coll' intendimento di provocare adesioni fra la superficie del fegato e le pareti addominali, come cura preparatoria per la sua apertura.

Egli adoperò l'apparecchio Leclanché a 9 elementi e con l' intensità della corrente di 65 gradi al galvanometro. Posti nel centro del tumore nel punto più sporgente 7 aghi da elettro-puntura in forma circolare alla distanza di 3 centimetri circa l' uno dall' altro, e riuniti gli aghi mercè filo metallico, li pose in contatto del reoforo del polo negativo, mentre quello del polo positivo, bagnato in una soluzione satura di muriato di soda, lo tenne applicato sul tumore nel centro dello spazio compreso tra gli aghi. La seduta durò 14 minuti, dopo la quale fu prescritta la bagnatura fredda sull'addome e nutrimento tenue. Dopo circa 6 giorni l' infermo fu sottoposto ad una seconda seduta, alcuni giorni di poi ad una terza, e finalmente, applicato sul centro del tumore un disco di pasta del Canquoin per garantirsi ancor più dell'aderenza, fu incisa la

cute, e traversata la cisti con un grosso trequarti, e ne uscì una grande quantità di siero purulento misto a miriadi di echinococchi.

Dopo avviata la fognatura e fatte le iniezioni iodurate, fu licenziato dalla clinica perfettamente guarito.

La elettrolisi nei tumori idatidei fu messa in uso non è molto e prima d'ogni altro, da Hilson Fagge e da Cooper Forster in Inghilterra.

Essi si proposero di curarli senza intervento di altro processo e vi riescirono in minore o maggior tempo (Hilson Fagge in capo ad alcuni mesi; Cooper Forster in più breve tempo e per gradi). Fagge e Durham riferirono nel 1870 alla Società reale medico-chirurgica di Londra otto operazioni coronate da esito felice.

Il metodo adoperato da essi non differisce da quello del Gallozzi. Hanno cura che gli aghi (due) in relazione col polo negativo si tocchino colle punte per aver la certezza che sono penetrati tutti e due nel liquido.

Essi per lo più notarono appena terminata l'operazione una maggior floscezza e flaccidezza del tumore, con diminuzione del volume; in altri casi ciò avvenne lentamente e gradatamente. Talvolta osservossi al passar della corrente gonfiarsi la parte repentinamente, con scoppiettio gazoso percepibile al tatto, dovuto all'idrogeno. In quasi tutti i casi videro sorgere una leggera reazione febbrile accompagnata da dolori più o meno vivi, che durò due o tre dì, e permise dopo alcuni giorni agli infermi di alzarsi. Dunque l'elettrolisi guarì il tumore. Ora il Gallozzi insegna che non riescendo alla guarigione, si può farla servire di mezzo preparatorio. È già un servizio.

Cura delle cisti idatidee del fegato coll'elettrolisi; del dott. S. Semmola. (*Annali clinici dell'Ospedale degli incurabili di Napoli*, fasc. 1°, 1877).

Acquistata che si ebbe la certezza trattarsi di cisti idatidea, e ciò mediante l'analisi del liquido estratto a mezzo d'una puntura capillare esplorativa, si ricorse anche in questo caso all'ago-puntura, come il mezzo più sicuro e conveniente, per procurare aderenze della cisti col peritoneo e preparare le circostanze favorevoli all'apertura.

Si diede peraltro la preferenza ad una corrente svolta da una batteria prima di 8, poi di 12 coppie Siemens-Halske, come quella che dà effetti più costanti, modica quantità di elettrico, e tensione sufficiente.

Si fecero in un mese 22 sedute della durata ciascuna di 10-20 minuti. Circa la metà della cura si dovette sospenderla, per tre giorni perchè si erano notati dei piccoli focolai ai punti centrali degli aghi; ma il vantaggio era fino da allora già palese a giudicare dalla riduzione ad un terzo del volume primitivo della cisti, e della sua completa immobilità.

Alla fine delle 22 sedute si notò che il tumore si era novellamente ingrossato, e su le escare cagionarono dolori: fu allora che si decise di fare un incisione, applicare un tubo da fognatura e compire con altre incisioni la cura, che condusse a guarigione l'inferma.

Note elettrojatiche; del dott. Mucci Domenico. Opuscolo di pag. 64, con tavole litografiche rappresentanti il suo manubrio galvano-caustica.

Ann. Univ. di Med. e Chirurg. Parte Originale, vol. 239, gennaio e febbraio 1877, p. 3 e 117.

Tre operazioni di circoncisione colla galvano-caustica-termica; del dott. Bona G. B. (L'*Indipendente*, n. 20, 1877).

Ho in altra Rivista (luglio 1874) riferito le idee del Dawson sulla circoncisione, a mezzo della galvano-caustica-termica, e ne ho accennato il metodo; ora ecco un nuovo contributo del Bona.

Un fanciullo d'anni 6, affetto da degenerazione lardacea del prepuzio con aderenza al sottoposto glande per ulcera sordida esistente in sito da più mesi, fu operato con sezione netta senza spargimento di sangue con ottimo effetto.

Un altro individuo, che, in causa di strozzatura del pene fatta da un robusto filo di canape, portava fimosi e fistole uretrali alla base; un terzo, affetto da fimosi congenita, furono anch'essi operati con ottimo successo.

Amputazione totale della lingua colla galvano-caustica-termica; del dott. Valeriani F. (*Gazz. delle cliniche*, n. 6, 1877).

Trattavasi di una donna di 42 anni, affetta da epitelioma ulceroso alla lingua. L'operazione fu fatta col metodo endo-orale, che egli crede possibile, contro l'opinione del Marcacci, espressa nella sua *Clinica chirurgica della R. Università di Siena* a proposito di alcune amputazioni di lingua (Vedi *Rivista chirurgica* degli *Annali Univ. di Med.*, fascicolo di novembre 1876).

Non ebbe a lamentare spargimento di sangue e l'ammalato guarì completamente e durevolmente.

Amputazione totale della lingua mediante la galvano-caustica-termica; del dott. Zotti A. (*Raccoglitore Medico*, maggio 1877).

L'operazione resa necessaria dall'assoluta impotenza dell'infermo a prender cibo, fu eseguita col metodo del Bottini un po' modificato e colla pila Grenet modificata dal Corradi.

Tutta la lingua era alterata, colpa il graduato aumentarsi di un'ulcerazione che fu trascurata perchè ascritta dal marinaro che la soffriva, all'uso del tabacco, si decise per l'asportazione totale, e infatti fu fatta senza spargimento di sangue; ma dopo 15 giorni l'infermo fu colto da sopore e da emiplegia, la cui prossima cagione non si potè verificare colla necroscopia, perchè non si potè eseguire.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRO TRALLIANO; del prof. PUSCHMANN.

L'antichità ha sempre nuovi tesori; essa è una miniera che, lungi dall'essere esaurita, viene arricchita da' suoi cultori.

La letteratura medica ha avuto dal Puschmann, ora professore all'Università di Lipsia, due bei grossi e preziosi volumi:

« Alexander von Tralles. Original-Text und Uebersetzung nebst einer « einleitenden Abhandlung. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin, von « doct. Theodor Puschmann. Zwei Bände. »

Il librajo Braumüller di Vienna ha pubblicato, alcuni mesi or sono, il I. volume, che venne encomiato dal prof. Seligmann nella *Gazzetta d'Augusta*, n. 16. — Il II. volume vedrà la luce nel prossimo ottobre.

Precedute da un eccellente proemio in 19 capitoli, il Puschmann pubblica le Opere di Alessandro Tralliano nel testo originale greco, con note e varianti in calce, e colla traduzione tedesca di fronte.

Con tale scelta il medico filologo ha dimostrato il suo retto criterio, ed io credo far opera utile, a chi ama la scienza, nel riassumere l'opera dell'egregio professore che consacrò il suo tempo a studj difficili e lunghi.

I. Proemio. — È un' introduzione bene ordinata e bene scritta, che dà alle opere del medico greco grande pregio. I primi nove capitoli riflettono la storia e gli ultimi dieci la dottrina. — L'Autore fa passare a grandi tratti: — I tempi anteriori a Ippocrate, — Ippocrate, — I tempi posteriori a Ippocrate, — La medicina Alessandrina, — Lo trasferimento della medicina Alessandrina greca a Roma, — Galeno, — I tempi posteriori a Galeno. — Indi entra a parlare di Alessandro e del suo tempo; dopo parla più estesamente dei suoi scritti, e infine giudica il sapere del Tralliano dal punto di vista della scienza moderna, ordinando così la sua materia: Anatomia e fisiologia — Febbre — Malattie del sistema nervoso — Malattie della pelle, dei capelli, degli occhi, delle orecchie. — Malattie del sistema respiratorio. — Malattie del basso ventre. — Malattie degli organi genitali. — Podagra. Chiude con un giudizio comparativo intorno ad Alessandro.

II. Alessandro. — Il prof. Seligmann chiama Alessandro un fiore tardivo che porta prezioso frutto mentre tutto intorno comincia a impallidire, un fiore appartenente ad una ghirlanda: membro di una famiglia sotto ogni rispetto ragguardevole. Alessandro non solo compose la miglior opera che riassume la medicina classica, ma esercitò eziandio grand' influenza sui medici bisantini ed arabi.

Alessandro nacque nella industriosa città di Tralli, in Lidia, nel VI Secolo. Suo padre esercitava medicina ed era assai ricercato. Ebbe quattro fratelli maggiori e cioè Antemio, celebre architetto che edificò S. Sofia; Metrodoro, celebre grammatico che istruì la più elevata gio-

ventù della capitale; Olimpio, distinto giurista, e Dioscoro, medico di grido nella città nativa. Giustiniano aveva chiamato alla corte i due primi, e ciò conferì lustro a tutta la famiglia.

In tempi tristi visse Alessandro. Terribili fenomeni naturali, terremoti, innondazioni, carestia, guerre, peste spopolavano le terre. La medicina aveva un vasto campo e come scienza e come arte. Alessandro ebbe dal padre i primi rudimenti, ma veramente ebbe a maestro il padre di quel Cosma, che gli fu tanto amico. Viaggiò in Italia, in Africa, in Gallia, in Ispagna, forse qual medico militare, ed acquistò grand'esperienza. Il suo colpo d'occhio libero, il suo ingegno pratico, lo posero in grado di evitare i pregiudizii intorno a teorie patologiche e metodi curativi. Libero da quell'oscurità scientifica che procede da ristrettezza di mente, non andò confuso fra la turba degli empirici, malgrado il valore accordato agli amuleti.

La sua celebrità lo chiamò a Roma, non si sa se come professore di medicina o come medico. I suoi scritti hanno apparenza di conferenze accademiche: i suoi ammalati sembrano appartenere alla più alta società. Visse in età avvanzata e probabilmente, ridotto a vita sedentaria, scrisse le sue esperienze innalzandosi un monumento durevole e splendido, che gareggia col magnifico tempio innalzato dal suo maggior fratello. Pare che egli fosse riempito di quello spirito, proprio d'Ippocrate, che vedeva nel sofferente anzitutto l'uomo bisognoso di soccorso, e sapeva alla propria missione sacrificarsi.

III. Opere. — L'importanza scientifica del Tralliano sta nelle sue opere e nella influenza che esse esercitarono sulla letteratura medica posteriore. Esse furono spesso citate, consultate, onorate. Il professor Puschmann le offre in quest'ordine:

Volume I. — *A*) Sulla febbre. — *B*) Libro primo.

Volume II. — *A*) I libri dal 2° al 12°. — *B*) Lettera sulla terapia della tenia. — *C*) Appendice contenente gli apocrisi. — *D*) Indice analitico generale.

Il testo greco dei 12 libri apparve la prima volta nel 1548 coi tipi di Rob. Etienne stampatore del Re di Francia.

Furono tradotti in latino e in arabo, poscia dal latino in ebraico e forse anche in siriaco. Una vecchia traduzione latina era apparsa nel 1504 a Lione ed era stata ristampata a Pavia nel 1520 e a Venezia nel 1522. Parafrasò latinamente queste opere Albano Torino che le pubblicò in Basilea nel 1533 e nel 1541. Il libro sulla podagra fu tradotto in francese dal medico Colin di Fontenay e pubblicato a Poitiers nel 1557. Guinther di Andernach le tradusse in latino quando fu il secondo editore del testo greco, e la sua traduzione fu pubblicata in Venezia nel 1555, in Lione nel 1560, in Strasburgo nel 1570, e di nuovo in Lione nel 1575.

Una monografia sulle opere del Tralliano pubblicò in Londra Edw. Milwards nel 1734.

Traduzioni parziali in arabo ed ebraico cita il Puschmann, ma io non le nominerò per brevità.

Vi furono progetti e desiderii per la pubblicazione del testo originale, ridotto alla sua purezza, ma da più di 300 anni non si trovò un editore. Perciò non sarà senza interesse per la scienza italiana il conoscere la pubblicazione del Puschmann, che alla dottrina medica congiunge la dottrina filologica.

IV. Manoscritti. — L'importanza letteraria dell'opera del professor Puschmann dipende dal gran numero di manoscritti che esistono delle opere di Alessandro.

Le sue cognizioni gli hanno permesso di rovistare in molte biblioteche. Egli espone nel Capo IX del suo Proemio i risultati di sì pazienti e lunghi studj. La biblioteca nazionale di Parigi, dell'Escuriale, di Chartres, di Angers, di Brusselles; quelle di Cambridge, di Oxford, di Glascovia, di Londra; quelle di Italia (Laurenziana, Vallicelliana, Vaticana, Ambrosiana, Marciana, Cassinense) furono da lui visitate, e misero a sua disposizione i manoscritti. Io vorrei fare un estratto dell'esame del Puschmann, ma veggo che mi è forza limitarmi a questi accenni:

« La Laurenziana di Firenze possiede un codice prezioso (L) del « XIV secolo. — La Vallicelliana in Roma ne possiede uno pure del XIV « secolo. — La Vaticana possiede un manoscritto che pare del XV secolo, « ed un trattato sulla tenia. — L'Ambrosiana di Milano possiede il detto « trattato del secolo XVI. E infine la Marciana di Venezia ha due ma« noscritti di alta importanza. L'uno (M) (Cod. IX. Cl. X.) è del XV se« colo, e l'altro (M F) (n. 295) fatto a Messina nel 1470 per ordine del « Cardinal Bessarione. »

Termino facendo un voto: possa l'Italia riprendere il posto che già gloriosamente tenne nel campo dell'erudizione! Ma per ciò occorre una robusta educazione, un miglior indirizzo negli studj classici, un'ampia cultura letteraria e la persuasione che l'investigare il passato non è futile curiosità neppure per le scienze, che più s'elevarono ne' tempi moderni: a quell'altezza giunsero per lungo e faticoso cammino; ora il sapere come vi giunsero, è già un mezzo per vie più progredire.

Prof. G. N. Bresca (Lipsia).

Sull'ematocele della tunica vaginale del testicolo; del prof. Pietro Loreta. (In 8° di pag. 38, Bologna 1878, seconda edizione).

Scopo principale di questa conferenza si è da parte dell'Autore quello di far risaltare la differenza eziologica fra l'ematocele e l'idrocele non che fra il primo propriamente detto che dipende sempre da un processo di vaginalite emorragica ed il traumatico ove si tratta di una semplice effusione sanguigna, per lacerazione di vasi, in grembo alla cavità della vaginale venendo ben tosto assorbito e scomparendo il male, mentrechè nell'ematocele, a parte qualche lieve e fittizia diminuzione, cresce coll'aumentarsi degli essudati. Tale cresciuta poi succede a sbalzi, e se i

traumi vi influiscono si è col determinare nuove vaginaliti emorragiche. E tanto più simili caratteri diagnostici riescono preziosi dacchè non di rado si presenta al pratico una raccolta sanguigna nella vaginale già prima distesa da siero, e che a scopo curativo sia stata assoggettata alla puntura. Ma in allora se addivenendo ad una seconda puntura il liquido si presenta sanguigno non sarà che per una accidentalità, per l'intervento cioè di un traumatismo affatto speciale e la mancata precedenza di attacchi di vaginalite non autorizzerà punto ai metodi curativi che esige il vero ematocele. Nè l'Autore si fida della puntura quale mezzo diagnostico, perocchè oltre a riescire spesso infedele può cagionare flogosi con prodotto icoremico.

Non meno importante ne è la diagnosi differenziale, che l'Autore con facili tratti stabilisce fra l'ematocele ed il cancro, ove, oltre che alla diversità del decorso antecedente, dei sintomi concomitanti tanto di vicinanza che generali, servono il non potere sentire il testicolo di solito posto nella regione inferiore e posteriore del tumore, il non potervi produrre premendolo dolore, il sapere che di fluttuante molle il tumore siasi fatto elastico e consistente da simularne uno solido.

Esposte quindi alcune considerazioni intorno alla prognosi, che varia a seconda delle circostanze individuali e del processo di cura che convenga adoperare, e massimamente se sia l'escisione della vaginale, la semicastrazione od in via eccezionale la decorticazione.

L'Autore assicura di essersi più volte servito con felice risultato della prima, mostrando così come essa riesca meno grave e pericolosa che non nel semplice idrocele; forse perchè i ripetuti attacchi di flogosi, e la maggiore consistenza del tumore addensano e rendono meno vascolare e lamellare il tessuto cellulare che lo circonda. Non fa buon viso al setone ed ai caustici come quelli che inducono suppurazione, sebbene che dopo la introduzione della fognatura questa si riduca a poche goccie forse minore a quella che d'ordinario sussegue all'escisione.

Avverte infine alla eventualità dell'inversione del testicolo e quindi alla possibilità di recidere il dutto deferente quando l'anomalia non sia avvertita. Al che sarà facile riescire quando si segua l'andamento del dutto stesso, che invece di raggiungere il tumore posteriormente, lo raggiungerà scorrendo sulla parete sua anteriore. A. Scarenzio.

Conferenze cliniche sulle emorroidi; del dott. Pietro Loreta. Professore di Clinica chirurgica e di Medicina operatoria nella R. Università di Bologna. (In 8° di pag. 170, Bologna 1878).

Sono sette erudite conferenze nelle quali il prof. Loreta, prendendo occasione da due malati della sua clinica, espone un trattato sulle emorroidi ricco di saggie considerazioni e di utili precetti, che togliendo vieti pregiudizii varranno a ricondurre i pratici sulla buona via. Tentiamone pertanto un breve riassunto:

Fermandosi alla distinzione capitale fra emorroidi esterne ed in-

terne, fa osservare come le prime di rado si presentino senza appariscente flogosi ma più di sovente quali conseguenza di ripetuti attacchi di essa, come nell'una o nell'altra evenienza al pari delle vene varicose degli arti si modifichino dapprima temporariamente indi in modo permanente in causa di una proliferazione connettivale, che riesce perfino ad obliterarle producendone le loro diverse forme di flaccide, cellulari, ed indurite, le quali tutte però conservano la proprietà di inturgidirsi durante gli attacchi emorroidarii. Le emorroidi interne invece essendo una dipendenza delle vene emorroidarie superiori conservano a lungo i loro rapporti, con esse restando nascoste entro l'ano: non venendo richiesta l'opera del chirurgo se non quando ne avviene il prolasso, con emorragia, e spasmodici dolori, la loro presenza e forma all'esterno è per così dire accidentale, data cioè e mantenuta dalla contrazione dello sfintere ed una volta rientrate od introdotte perchè in esse il connettivo è integro, tornano semplici varici, che nemmeno colla esplorazione digitale si possono rilevare. Ciò forse fece credere come ogni sintoma subiettivo dipendesse dalle esterne, sebbene i rapporti anatomici tanto del sistema sanguigno che del nervoso dovevano far comprendere come i due ordini dovessero fra loro associarsi per dar luogo a fenomeni riflessi. Sebbene mancanti poi d'ipertrofia connettivale, le emorroidi interne possono ugualmente chiudersi in causa di flebite essudativa, suppurativa o necrotica, ed in quest'ultimo caso in seguito a processo essudativo granulante della mucosa.

Dicendo della sintomatologia, l'Autore sa in modo ordinato riferirla alle diverse fasi dei tumori di cui tratta. Le emorroidi flaccide di solito arrecano pochi disturbi, ma se per una continuata irritazione o per la persistenza delle cause occasionali si gonfiano, rendono difficile il sedersi, il camminare, il defecare; mantenendosi dure e dolentissime per varii giorni lasciano un residuo nell'ipertrofia; quasi mai per altro producono la pioemia restando le vene chiuse dalla flebite coagulante e dagli essudati plastici. Del pari, le emorroidi interne non prolassate o passano inosservate od arrecano appena incomodi di peso, pienezza, molestia nell'assidersi, nel cavalcare, nel defecare, che svaniscono spontaneamente o dopo leggeri spontanee emissioni sanguigne, e che se fossero gravi darebbero luogo a sospettare di qualche altra morbosità che le produca. Diversamente succede se le varici durante la defecazione siensi prolassate, sebbene riducibili ma con difficoltà, chè in allora accompagnato da tutti i segni del turgore e screpolando possono dar luogo a perdite sanguigne considerevoli aventi un carattere arterioso, ma soltanto all'apparenza arterioso, osserva giustamente l'Autore, per essere il sangue da poco tempo entrato nelle vene. Quando ciò avviene di solito diventano facili a ridursi; che se non si svuotino i loro sintomi si accentuano ed anche le esterne inturgidiscono, e se non succede il rilasciamento dello sfintere fannosi strozzate, e restano invase dall'esulcerazione e dalla gangrena.

L'eziologia delle emorroidi è ben diversa da quella che comune-

mente credesi, ed il prof. Loreta dimostra come sia erronea l'opinione che ne accusa il fegato, la milza, la pletora generale, od un qualsiasi impedito riflusso lungo il sistema della vena porta, perocchè l'esperimento clinico e le indagini anatomiche mostrano l'indipendenza delle minime radici di queste vene dal circolo epatico e splenico, d'altronde compagne alle emorroidi essere vi dovrebbero versamenti sierosi nel ventre od emorragie intestinali, il che nemmeno nella cirrosi si osserva. L'ostacolo atto a favorire la formazione delle emorroidi è meramente locale, dato cioè dalla contrazione degli sfinteri e del retto intestino, in forza della quale le vene destinate a formarle s'ingorgano, si accorciano, diventano flessuose, e dalla presenza delle materie fecali ad arte trattenute per evitare i dolori, che ne accompagnerebbero l'emissione. Ne viene da sè poi che a seconda della temporarietà o per mancanza di detta contrazione sarà più o meno duratura la presenza delle emorroidi, finchè pienamente costituite almeno le esterne più non scompariranno.

La diagnosi di simili affezioni in apparenza facile, offre ciò nullameno alquante difficoltà. Già nel volgo havvi la tendenza nel volere attribuire ogni malattia rettale alle emorroidi e si può dire che molti medici vi partecipano. Occorre quindi l'esame diretto, col quale vedransi i tumori caratteristici, che li fanno distinguere da qualsiasi altro, e specialmente dai condilomi, dal cancro, dal prolasso e dai polipi.

La prognosi sarà felice nelle emorroidi flaccide esterne, anche nelle cellulari le cui esacerbazioni possono calmarsi presto. Qualora però presentano comunicazione colle vene interne sarà subordinata alla possibilità della flebite. Anche operando il pronostico sarà fortunato nè avransi in mira che le conseguenze comuni alle operazioni. Dovrà farsi riservato invece qualora i sacchetti sieno fluenti, dolorosi, difficilmente riducibili e strozzati, potendo produrre anzichè la flebite coagulante, la suppurazione o la necrosi; e qui si è che acquista grande importanza l'operazione, essendo il pronostico subordinato al metodo prescelto.

Infatti se nelle esterne presentasi come facile e scevro di pericoli la escisione, e tutt'al più la cauterizzazione nelle marginali, per le interne si può restare indecisi fra l'escisione, la cauterizzazione, la legatura, lo schiacciamento lineare a riguardo delle quali l'Autore osserva: come l'escisione sia generalmente abbandonata per il pericolo che seco porta, e le sfortunate statistiche che diede; come debba lasciarsi in disparte la cauterizzazione mediante il ferro rovente perchè dolorosa, producente infiammazione, emorragie, anche se si abbrucino prima i tumori con mollette, e colla prospettiva di una stenosi, esclude anche gli altri caustici che abbino ad attaccare nel loro spessore i tumoretti in discorso, perchè troppo lungi nel loro modo di agire, e dolorosi; la galvanocaustica alla sua volta, sia adoperando l'ansa, sia la puntura interstiziale, non toglie il pericolo della pioemia; non fa buon viso nemmeno alla legatura che chiama spasmodica, e che fu in qualche caso seguita anche da tetano, non sembra per altro che abbia esperimentata ancora l'ela-

stica cui non possonsi attribuire tali inconvenienti; non gli garba lo schiacciamento lineare perchè dolorosissimo, e se colla anestesia si può a ciò rimediare resterebbero sempre a scapito di essa la possibilità delle emorragie e della flebite; nè anche accetta questo metodo messo in opera col processo laterale di Gosselin col quale sebbene non s'offenda la vena pure non si è al coperto dell'assorbimento; a maggior ragione ciò valga per la divulsione. Non discorre del processo del prof. Gallozzi, che forse ritiene una varietà della cauterizzazione previa strettura; fortunatamente però in mano dell'Autore fece buona prova il metodo della cauterizzazione superficiale, mediante il nitrato acido di mercurio, della mucosa rivestente i gozzi varicosi, o prolassati od invitati a sortire mediante clistere e che perciò cerca col suo validissimo appoggio di richiamare in vigore. All'escara artificialmente prodotta ne succede una soluzione di continuità e che cicatrizzando dà maggiore e sufficente sostegno ai ricettacoli venosi che non riescono a distendersi e prolassarsi.

Finalmente il prof. Loreta chiama l'attenzione dei pratici sulle complicazioni che possono presentarsi in seguito alla cura chirurgica delle emorroidi coi metodi diversi da esso adottato e fra i quali accidenti primeggiano il tenesmo vescicale, o l'iscuria sia per ispasmo uretrale riflesso, o per meccanica compressione quando siasi obbligati ad otturare la parte inferiore del retto. Nella quale ultima evenienza il cateterismo non potrebbe a meno che d'influire sinistramente sulla salute degli infermi, massime pel traumatismo che indurrebbe sorpassando l'ostacolo insorto con lo zaffo procurato; nè in quest'ultimo frangente può accettare il suggerimento dato da Mollière di praticare e ripetere la puntura capillare della vescica essendogli a cognizione un caso eseguito da mano maestra e seguito da stravaso orinoso letale, e per la quale temerebbe sempre che tardando la vescica a contrarsi l'orina avesse a versarsi o nel peritoneo o nel tessuto cellulare. Ma a tali timori non è forza partecipare quando il *troiquart*, che si adopera sia veramente capillare, la puntura sia eseguita al luogo opportuno, percorrendo prima di penetrare in vescica un breve tragitto sotto-cutaneo e munendo la testa della cannula di un tubo elastico a sifone. A. Scarenzio.

VARIETÀ

Congresso internazionale d'Igiene a Parigi. — Dal 1.° al 10.° del prossimo agosto, verrà tenuto a Parigi, patrono il Governo francese, un *Congresso internazionale d'Igiene*, al fine di riunire colà durante la Mostra universale tutti coloro che vorranno discutere argomenti relativi ai progressi dell'Igiene. La Commissione ordinatrice (di

cui è Presidente onorario il Bouchardat, Presidente effettivo il Gubler e Segretario generale il dott. Liouville) ha proposto i seguenti temi da trattare:

I. *Igiene dei neonati.* — Mortalità dei neonati ne'diversi paesi. Provvedimenti per farla diminuire — Soccorsi amministrativi — Ospitali speciali per le incinte illegittime, balie alla campagna, ruote, ecc. *Relatori* Bertillon, Marjolin, G. Bergeron.

II. *Alterazione delle acque.* — 1.° Per causa di prodotti industriali (mezzi per prevenire e combattere le conseguenze di quest'alterazione) — 2.° per causa delle acque sporche (modo di giovarsene per l'agricoltura). — *Relatori* Durand-Claye, Proust, Schloesing.

III. *Igiene alimentare.* — Prodotti avariati o falsificati. — 1.° Mezzi pratici valevoli a discernere il buono stato delle carni macellate, che servono al vitto nelle città e campagne. — 2.° Dell'uso di certe sostanze per colorire i prodotti alimentari e dei danni, che ne possono seguire per la salute pubblica. — *Relatori* Bouley e Nocard, Bouchardat e A. Gautier.

IV. *Abitazioni per i bisognosi.* — Case e città operaje. — Camere mobigliate e alloggi per operaj nelle grandi città. — *Relatori* Emilio Trélat e O. Du Mesnil.

V. *Igiene delle professioni.* — Mezzi di diminuire i pericoli, che provengono nell'esercizio di varie industrie dall'uso di sostanze minerali venefiche: mercurio, piombo, arsenico, ecc. Tentativi per sostituirvi sostanze innocue. — *Relatori* Gubler e Napias.

VI. *Profilassi delle malattie infettive e contagiose.* — Quali siano le malattie trasmissibili, che obbligano ad isolare i malati negli ospitali generali e speciali, e come conciliare quest'isolamento con le esigenze pratiche del servizio. — *Relatori* Fauvel e Valin.

L'articolo 4.° del Regolamento permette nondimeno che anche altre quistioni sieno sottoposte alle deliberazioni del Congresso. Gli Autori dovranno mandare le relative Memorie almeno un mese prima (1), e la Commissione ordinatrice giudicherà se quelle debbano essere o no comunicate al Congresso. Anzi la Commissione stessa ha già designato i seguenti argomenti *extra ordinem*: Profilassi della rabbia — Case mortuarie, cimiteri, cremazione — Ventilazione delle scuole — Igiene delle caserme e delle prigioni — Igiene della vista, ecc.

Il Congresso terrà due sedute al giorno: dalle 9 a mezzodì per le quistioni *extra ordinem* ed ammesse dalla Commissione ordinatrice; dalle 2 alle 5 per le altre da questa proposte.

Un discorso od una lettura non potrà durare più di 15 minuti, tranne che l'Assemblea interrogata non decida altrimenti. I lavori del Congresso saranno raccolti e pubblicati per cura della Commissione ordi-

(1) Al Segretario generale dott. Liouville — Palais des Tuileries. (Pavillon de Flore) Paris.

natrice: a tale pubblicazione avranno diritto i *membri nazionali* (francesi), che avranno pagato per esser ammessi al Congresso 20 lire; i *membri stranieri* saranno ammessi senza veruna tassa.

Duole che non siasi pensato più presto al Congresso e a mandarne gl'inviti; a molti senza dubbio mancherà il tempo di raccogliere buoni materiali per rispondere ai varj quesiti della Commissione ordinatrice, o per porne altri utili fuori del *Programma ufficiale*. Ciò stesso, e maggiormente ancora, dee lamentarsi per quest'altro Congresso di *Demografia*, che tanto si collega con l'Igiene e la Medicina pubblica, ed al quale è pure dato il patrocinio del Governo francese.

Congresso internazionale di Demografia a Parigi, dal 3 al 9 luglio 1878.

La Commissione ordinatrice, che ha sede nell'*Avenue d'Eylau* ed è presieduta dal Bertillon, raccomanda lo studio e la discussione de'seguenti quesiti.

Censimento della popolazione.

Registri della popolazione.

Registrazione degli atti dello stato civile e dichiarazioni mediche circa le nascite e le morti.

Nati morti.

Metodi per calcolare la popolazione.

Statistica militare.

Geografia medica.

Ordinamento degli ufficj di statistica.

Progetto di una pubblicazione, che in ogni paese ne riassuma la demografia.

Emigrazione.

Programma per un insegnamento della demografia.

Il commercio dell'oppio nella China. — Il dott. Christlieb, professore all'Università di Bonna, pubblicò di recente alcuni studj sulla coltivazione e sul commercio dell'oppio nelle Indie inglesi, studj dai quali togliamo queste notizie:

« Il governo delle Indie inglesi ricavò finora dal commercio dell'oppio la settima parte delle sue entrate. L'importazione dell'oppio in China è aumentata continuamente sino al 1875, nel quale anno se ne importarono 90,000 casse, del valore di 275 milioni di franchi, ma in oggi la China ha incominciato a fare una forte concorrenza alle Indie mediante la coltivazione del papavero.

« Il primo tentativo per introdurre l'oppio indiano in China, sotto forma di medicamento, ebbe luogo nel 1773. L'uso andò rapidamente estendendosi fra la popolazione, e venti anni dopo deploravasi di già l'abuso che se ne faceva. Nel 1799 ne fu proibita l'importazione sotto severissime pene. Ma il contrabbando approfittò dell'interdizione stante la

corruzione degl'impiegati chinesi, e questo traffico andò sempre più sviluppandosi, in modo da provocare la guerra del 1839, che ebbe termine col trattato di Nanking del 1842, col quale i chinesi si rifiutarono di legalizzare il commercio dell'oppio.

« Ciò non ostante dopo un'altra guerra e sotto la pressione della rivolta di Taipings, la China concesse nella ritirata di Tientsin (1860) che l'oppio non fosse trattato ulteriormente come merce proibita, ma ammesso in commercio verso una tassa d'entrata di 250 franchi per ogni cassa di 133 libbre inglesi.

« La convenzione di Chefoo, conchiusa in questi ultimi tempi, modificò il trattato di Tientsin; essa stipulava che alla tassa doganale pagata dagli importatori, se ne aggiungesse un'altra di transito da pagarsi dai compratori, ma l'Inghilterra, a quanto si dice, non avrebbe ratificata questa clausola.

« Comunque siasi queste enormi imposte non fecero diminuire in alcun modo il consumo dell'oppio. A Ningpo, città di 400,000 anime, contansi 2700 botteghe per la vendita dell'oppio, ossia una bottega sopra 148 abitanti. Anche le classi più doviziose si sono abituate a fumar l'oppio. Secondo l'Autore, nel palazzo imperiale di Pekino venne aperta una apposita bottega per uso degli impiegati stessi.

« Si valuta a 3 o 4 milioni il numero dei fumatori di oppio. Un medico addetto alle missioni affermava di contare fra i suoi ammalati 10,000 (!!) individui abituati a fumar l'oppio e 5000 che commerciavano con questo articolo. Un fumatore di oppio va incontro senz'altro, in un dato tempo, alla sua rovina fisica, morale e finanziaria. Il governo chinese non ignora questo stato di cose. La terribile carestia che affligge da' varj anni a questa parte le Indie, prova pure che i terreni di quel paese furono dedicati di soverchio alla coltura dell'oppio, a detrimento dei cereali. Diffatti più di 1,033,000 acri di terra sono destinati alla coltivazione di quella pianta. » (*Gaz. Uffic.* 1878, N. 102, p. 1706).

A queste notizie fanno complemento le altre, che leviamo dall'articolo del dott. G. Dudgeon di Pekino intitolato *Opium in relation to Population*. L'oppio, ei dice, in piccola dose e per breve tempo è manifestamente *afrodisiaco* come quello che dando vigore a tutta l'economia, e non facendo sentire la stanchezza, eccita e sostiene maggiormente l'orgasmo venereo. I chinesi credono generalmente che nel fumatore agiato tale stadio di eccitazione possa durare circa due anni, dopo de'quali diviene impotente: nel povero invece si ridurrebbe a pochi mesi, poichè la povertà congiura, con la sinistra sua potenza, ad accrescere i guaj della funesta droga; di cui sempre più suolsi accrescere la dose per goderne gli stimoli, che altrimenti s'andrebbero spuntando: e mentre la salute maggiormente si guasta, la miseria aumenta. Niuna intemperanza è più seducente dell'uso dell'oppio, niuna è più difficile a vincersi.

Le più volte essa incomincia, si mantiene e s'estende per la voglia

appunto di maggiormente soddisfare alla lussuria: un vecchio fumatore affermava all'Autore che 60 su cento de' suoi compagni per tale motivo aveano preso abitudine all'oppio; 20 per imitazione, per divertimento. per discacciare la noja, ecc.; altrettanti per ragione di malattia, per alleviarne i dolori. Altri invece assicurava che maggiore è la proporzione di coloro che prendono a fumar oppio *per passare piacevolmente il tempo*, cioè i due terzi circa, meno d'un terzo gli altri che imboccano la pipa per *sexual reasons*, pochissimi quelli per malattia o gravi dolori: invece il dott. Dudgeon, considerando la natura sensuale del popolo chinese e le sue costumanze, stima che a 20 o 30 per cento salgono i fumatori d'oppio per concupiscenza.

L'uso continuato dell'oppio, per concorde testimonianza de' chinesi, produce impotenza nel maschio, sterilità nella femmina: a quella se lascia l'appetito venereo toglie la potenza di soddisfarlo; a queste inaridisce le mammelle ed a poco a poco ferma i mestrui. Non è già un *anafrodisiaco diretto*, ma *indiretto* in conseguenza del decadimento di tutta l'economia.

I chinesi dicono che la famiglia del fumatore d'oppio s'estingue alla terza generazione; ma questa non è regola assoluta, poichè tale termine può essere, secondo le circostanze, protratto od abbreviato. Uno che abbia incominciato a fumare a 20 o 25 anni, consumando 2 o 3 *mace* (dramme) al giorno d'oppio, può aver figli anche a 40 anni; ma ha prole meschina, debole, che cresce a stento, se non muore innanzi tempo. Peggiore ancora è la generazione che da essa proviene, se pure ne provenga: gli aborti sono pure frequentissimi.

Confermano questi effetti dell'oppio, rispetto alle funzioni generative, il dott. Little di Singapore, il dott. Johnston di Shangai ed altri Autori.

Ed il consumo dell'oppio, sì greggio come in tintura in forma di laudano, va ogni dì crescendo non pure nella China, ma anche nella Gran Brettagna e negli Stati Uniti: si può calcolare che ora l'importazione ne sia quivi di 400,000 libbre, mentre nel 1843 era soltanto di 50,000. Può dirsi siavi già nelle città e borgate d'Inghilterra e di Scozia una *classe regolare di mangiatori di oppio e di bevitori di laudano* dell'uno e dell'altro sesso. È questo tal fatto di cui debbonsi occupare non solamente i medici, ma anche i legislatori. Un difensore del commercio dell'oppio è giunto a dire, che per riparare la esuberante popolazione nella China, non v'hanno che due mezzi: le ribellioni devastatrici, o il fumar oppio; tra i due mali è pur da scegliere il secondo, anche in vista dell'efficacia sua *preventiva!* (*Edinburgh Medical Journal*, N. CCLXVII, september 1877, p. 239).

Soggiungiamo che oggi una poderosa Compagnia con il capitale di 178 mila lire sterline preso a coltivare il *papaver somniferum* a Monzambico nell'Africa orientale, e che la coltivazione prospera benissimo con ottimi prodotti.

Statistica dell'ovariotomia e precauzioni per evitare l'infezione nosocomiale. — Il celebre Spencer Wells nel dar conto dell'opera da lui prestata in vent'anni (1857-1877) come chirurgo consulente nel *Samaritan Hospital* di Londra, specialmente riguardo all'ovariotomia (403 casi con 304 guarigioni, e una mortalità di 24,5 per 100), faceva notare che là potevano liberamente entrare medici e chirurghi nazionali e stranieri *per acquistare tutte quelle informazioni e cognizioni, che loro è dato raccogliere.* « Noi ammettiamo qualsiasi distinta persona da ogni parte venga del mondo: quello però che si richiede si è, che non ci vengano ad infettare le infermerie, come temiamo sia accaduto prima del gennajo 1873, in cui si stabilì per regola che ogni visitatore dovesse sottoscrivere la seguente dichiarazione. = Io sottoscritto non ho assistito da sette giorni ad alcuna autopsia, non sono stato in camere settorie, e nemmeno ho curato casi di malattie infettive. = Ritengo che questa precauzione sia stata una delle cause per le quali la mortalità è diminuita. » Di fatti nei primi cinque anni morì circa un'operata in tre, nel secondo e terzo quinquennio circa una in quattro; nel quarto circa una in cinque, mentre negli ultimi due anni circa una morta in dieci operate. E però il chirurgo inglese conchiude che l'*aumento dell'esperienza è stato accompagnato dalla diminuzione della mortalità.* (Peruzzi Domenico. « Sulla quadrilustre pratica in ovariotomia del dottor T. Spencer Wells. » Esposizioni storico-bibliografiche. In: *Raccoglitore Medico,* Forlì 1878, Vol. IX).

L'idrofobia in Inghilterra. — Un documento presentato al Parlamento inglese, e relativo alla tassa sui cani, che fu testè aumentata da cinque a sette scellini, dà il numero delle persone che dal 1867 al 1878 tanto nell'Inghilterra propriamente detta, quanto nel paese di Galles, perirono vittime dell'idrofobia.

Secondo il *Registrar General* le vittime dell'idrofobia furono 387, vale a dire una media di 35 all'anno; ma i primi cinque anni entrano nel totale per 159 decessi soltanto, nel mentre che il secondo quinquennio vi entra per 228.

Dei 387 decessi, 118 si ebbero a deplorare nel Lancashire, 72 nel Yorkshire, 41 a Londra e 26 nella contea di Durham. Sì nel paese di Galles, come nelle contee del sud-ovest, dell'est e del centro l'idrofobia pare pressochè sconosciuta. (« Gazzetta Ufficiale del Regno », 1878, N. 143, p. 2394).

L'ippofagia a Marsiglia. — Si legge nel *Petit Marseillais:* Il gusto ippofagico si sviluppa lentamente, ma in modo costante, a Marsiglia. Così mentre il consumo non fu nel 1875 che di 1031 capi d'animali di razza cavallina od asinina, nel 1876 è salito a 1088 e nel 1877 a 1142 capi. In questa ultima cifra figuravano 488 cavalli, 439 muli e 215 asini. Naturalmente il prezzo ha aumentato proporzionalmente al

consumo che se ne è fatto. Quella carne si vende oggi il doppio di quello che valeva quattro o cinque anni fa. (Ivi, p. 2325).

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina*.

Lorenzutti L., *Castiglioni A.* « Discorsi funebri pronunziati sulla bara del dott. Arturo Menzel medico chirurgo primario del Civico Ospedale di Trieste morto a Berlino li 12 maggio 1878. » (Trieste 1878).

Agostini Antonio. « Osservzioni medico-veterinarie per la provincia di Verona relative all'anno 1876. » (Verona 1878).

Albertotti G. e *Mosso A.* « Osservazioni sui movimenti del cervello di un idiota epilettico. » (Torino 1878).

Ashhurst John. « Transactions of the International medical Congress of Philadelphia », 1154 pag. (Philadelphia 1877).

Axel Sigfrid Ulrich. « Jahres-Bericht des Schwedischen heilgymnastischen Institutes in Bremen. » (Bremen 1878).

Baguzzi Francesco. « Sulle paralisi delle corde vocali » (con figure). (Brescia 1878).

Belluzzi Cesare. « Ancora della convenienza ed utilità del parto forzato nelle donne morte incinte o credute morte. » (*Bull. Sc. Med.* Bologna 1878).

Berruti Giuseppe. « Ospizio marino Piemontese ». anno VII. « Relazione sanitaria ed amministrativa per l'anno 1877 del Comitato Centrale direttivo all'Assemblea Generale del 7 aprile 1878. » (Torino 1878).

Bona Gio. Batt. « Gli ospizj marini ed i poveri fanciulli scrofolosi della Città e Circondario di Biella, ecc. (Con lo Statuto Organico per l'Ospizio Marino del Circondario di Biella).

Bozzolo C. D. « Il salicilato di soda nel diabete mellito. » Breve nota. (Torino 1878).

Brettauer. « Arthur Menzel. (*Wiener Medizinischer Wochenschrift*). (Triest 1878).

Brusza Antonio Luigi. « Norme di Igiene navale. » Parte seconda. (Genova 1878).

Calderini G « Dispareunia da vaginismo — Utero a collo conico — Stenosi dell'orifizio esterno — Retroverso — Flessione — [Sterilità — Cura fatta con esito felice. » (*Oss. Gazz. Clin.* Torino 1878).

Calderini G. « Ampia cloaca uretro-vescico-vaginale in seguito a distruzione gangrenosa per un parto laborioso. Chiusura dell' ostio vaginale della vulva operata con buon successo. (*Osserv. Gazz. Clin.* Torino 1878).

Calderini G. « Notizie sulla amputazione utero-ovarica associata alla operazione cesarea ed in particolare sulla più recente praticata dal prof. P. Müller di Berna. » (*Osserv. Gazz. Clin.* Torino 1878).

Camuset Giorgio. « Manuale di ottalmologia », 1.ª vers. ital. di G. Albini prof. Parte 3.ª, f. 2.ª (Napoli 1878).

Chiminelli Luigi. » Annuario-manuale delle acque minerali dei Bagni ed Ospizj marini, dell' idroterapia e della climatologia in Italia. » Anno I, 1876-78. (Bassano 1878, ediz. diamante).

Corona Augusto. « Contribuzione allo studio delle localizzazioni cerebrali. » Esperimenti e note. (Roma 1878).

Cuzzi Alessandro. « Sulle ostetricia sperimentale. » Prelezione. (*Indip. Gazz. Med.* Torino 1878).

Facen Jacopo. « Commemorazione del dottore Sante Volpato. » (Milano 1878).

Fazio Eugenio. « Azione fisiologica delle acque termo-minerali. (*Movim. Med. Chir.* Napoli 1878).

Foà Pio. « Di una rara deformità del midollo spinale. » Osservazione. (*Riv. sper. fren. med. leg.*, f. 1.°, ecc. Reggio Emilia 1878).

Fubini e *Bono.* « Annotazioni sopra esperienze fatte coll' ischemia artificiale dal dott. Fubini con la cooperazione del sig. Bono studente di Medicina. » (Torino 1878).

Fubini S. e *Mosso A.* « Gemelli xiphoide juncti. » Note sopra i fratelli Battista e Giacomo Tocci. (Torino 1878).

Giordano Alfonso. Minist. d'Agr. Ind. Comm. Commiss. Consult. sugli Istituti di previdenza e sul lavoro.

« Interrogatorio intorno al lavoro delle donne e dei fanciulli nelle fabbriche. » Risposte sulle zolfare di Lercara (Sicilia;). (*Gazz. Med. Pubbl.* Napoli 1878).

Gritti R. « Relazione sull'andamento morale ed economico della Guardia medico-chirurgica notturna dal 1.° febbrajo al 31 dicembre 1877. » (Milano 1878).

Maragliano Edoardo. « Lezioni di Clinica medica tenute all' ospedale dei cronici in Genova. » (Venezia 1878).

Marchetti Domenico. Comune di Vicenza. « Statistica sanitaria per l'anno 1876. » (Vicenza 1878).

Mattei Cesare. « Elettromiopatia. » Scienza nuova che cura il sangue e sana l'organismo. Libro dettato a bene dei popoli che la massima parte dei medici rifiuta di curare coll'elettromiopatia. (Casal Monferrato 1878).

Molinari Giambattista. « Rendiconto biennale delle malattie della pelle e veneree curate nel Dispensario aperto in Brescia. »

Morelli Felice. « Rassegna statistica annuale degli infermi indigenti curati a domicilio, ecc. » 1876, Municipio Reggio di Calabria. (Reggio Calabria 1878).

Mosso A. « Sul polso negativo e sui rapporti della respirazione addominale e toracica nell'uomo. » Studio sperimentale. (Torino 1878).

Mosso A. « Sulle variazioni locali del polso nell'antibraccio dell'uomo. » Con undici tavole in fascicolo separato. (Torino 1878).

Musatti Cesare. « Della vita e delle opere di Michelangelo Asson. » Discorso. (Venezia 1878).

Orsi Francesco. « Lezioni di patologia e terapia speciale medica, raccolte dagli studenti G. Arcari, F. Viscardi, F. Cacciamali » vol. 1°, fasc. 4.°, 5.° e 6.° (Milano 1878).

Orsi Francesco. « Caso di ematuria renale amorfa con doppia intermittenza. » (*Gazz. Med. Ital. Lomb.* Milano 1878).

Parola Louis. « De la Vaccination. » Etudes, 2 volumi. (Turin 1877).

Parona Francesco. « Chirurgia conservativa. » Osservazioni pratiche. (*Indipendente* e *Gazz. Torino*).

Pari Antongiuseppe. « Esame della recente teorica del Selmi sulla causa della Pellagra. » (Udine 1878).

Pavesi Pietro. « Osservazioni critiche alla Memoria di Battista Grassi e dei dottori Corrado ed Ernesto Parona. » « Intorno all' Anchilostoma duodenale. » (*Rend. del R. Ist. Lomb.*, fasc. IX. Milano 1878).

Pavesi Carlo. « Rivista chimico-farmaceutica degli studi pubblicati nel 1° trimestre del 1878. » (*Indipendente*, fasc. 13).

Peruzzi Domenico. « Sulla quadrilustre pratica in ovariotomia del dott. T. Spencer Wells. » (*Raccogl. Med.*, Forlì 1878).

Peruzzi Domenico. « Storia di due ovariotomie la 1ª (98ª in Italia) seguita dalla morte, la 2ª (99ª) dalla guarigione. (*Raccogl. Med.*, Forlì 1878).

Porporati M. « Necrologia del Prof. Comm. Giovanni Stefano Bonacossa », letta alla R. Accademia di Medicina di Torino nell' adunanza delli 3 maggio 1878. (Torino 1878).

Raggi Antigono. « Delle principali fonti dei moderni studj psichiatrici. » (Bologna 1878).

Rey E. e *Sormani G.* « Statistica delle cause di morte nel comune di Roma. » (Roma 1878, *Archivio. Statist. di Roma, ecc.*).

Rendu Joanny. « Etude expérimentale e comparée sur l'arsenic et l'huile de foie de morue dans le traitement de la phtisie pulmonaire. » (Paris 1878).

Romiti Guglielmo. « La scienza e l' insegnamento. » Prelezione di Anatomia Umana. (*Imparziale.* Firenze 1878).

Ruggi Giuseppe. « Ulteriori studi teorico-pratici sul ginocchio. » (Bologna 1878).

Sacchi Achille. « La pellagra nella Provincia di Mantova. » (Mantova 1878).

Squire Balmanno. « Atlas of the diseases of the skin. », part. 1.ª (London MDCCCLXXVIII).

Studiati C. « Sul carattere fisiologico del tessuto adiposo e sulle sue relazioni coll'intiero organismo. » Annotazioni critiche. (*Comment. Clin.* Pisa 1878).

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

Un consiglio utile

Alcune professioni sono tributarie dell'anemia più che certe altre: gli uomini di lettere, i dotti, gli impiegati ed in generale tutte quelle professioni che richiedono di star seduti lungamente o con inclinazione del corpo, come le cucitrici, i sarti, i bigiottieri, ecc., ecc.

Non è neeessario sopprimere la causa che mantiene questo stato anemico per diminuirne l'effetto; nella maggior parte dei casi sarebbe domandar l'impossibi e, ma è indispensabile di combatter questa causa dando al sangue il ferro che esso imperiosamente reclama.

Resta ora a domandarsi qual'è fra i medicamenti il più energico, il più efficace. In ciò la risposta dei medici è unanime. Il **Ferro Bravais** (ferro liquido in goccie concentrate) rigenera i globuli rossi del sangue, con una rapidità che non era mai stata rimarcata fino ad ora, usando gli altri ferruginosi.

Al termine di qualche tempo, sotto l'influenza del **Ferro Bravais**, la circolazione acquista un'attività sorprendente. I colori ritornano colla freschezza della tinta, l'appetito aumenta unitamente alla vitalità degli organi, ai quali comunica una forza rigeneratrice eccezionale, un vigore insolito. La salute generale è insomma ristabilita.

Il **Ferro Bravais** (Ferro dializzato Bravais) si trova in tutte le farmacie ed al deposito generale a Parigi, 13, rue Lafayette (opuscolo franco); in Milano da A. MANZONI e C., Via della Sala, N. 16.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA IDROLOGICA
del dott. PLINIO SCHIVARDI.

(Da pag. 497 a pag. 518).

Bizio — *Analisi delle acque termali euganee.*
Garelli — *La cura termale in Acqui.*
Carazzolo — *Venezia e i suoi Bagni.*
Fedeli — *Sulle proprietà e uso delle acque di Montecatini.*
Rabajoli — *Guida alle Terme di Vinadio.*
Hauer — *Nuova analisi delle acque di Ischl.*
Chiminelli — *Recoaro e le sue sorgenti minerali.*
Cougnet — *Sulle spiaggie del mare.*
Schivardi — *Vademecum d'idrologia medica ad uso degli studenti e dei medici pratici.*
Quincke — *Sull'azione delle acque contenenti gas carbonico.*
Krishaber — *Degli effetti fisiologici dei bagni di aria calda.*
Lefort — *Rapporto sul servizio medico delle acque minerali in Francia.*
Manayra — *Relazione sull' andamento del servizio negli Stabilimenti militari.*
Ventura — *Relazione medico-statistica delle cure effettuate a Salsomaggiore*
Fiorelli — *Resoconto dei bagni minerali nello stabilimento di mattazione a Roma.*
Pacher — *Rendiconto dei Bagni di Levico.*
Paoni e Fazio — *Resoconto clinico-climatico delle Terme di Casamicciola.*
Sette — *Regolamenti della Repubblica veneta, riguardanti le cure idro-minerali.*

RIVISTA ELETTROJATRICA
del dott. GREGORIO OTTONI

(Da pag. 518 a pag. 565).

I.
Parte fisiologica.

Fischer — *Studj sperimentali sulla galvanizzazione terapeutica del gran simpatico.*
Sciamanna — *Sovra alcune correnti elettriche animali; ricerche sull'uomo vivente.*
Stefani — *Sulla eccitazione del nervo vago.*
Onimus — *Esperienze sul pneumogastrico e sui nervi pretesi d'arresto.*
Arloing e Tripier — *Studj comparativi sull'azione fisiologica dei due nervi pneumogastrici.*
Tarckanoff — *Esperienze sul pneumogastrico (nel laboratorio di Marey).*

Baxt — *Dei rapporti del pneumogastrico coi nervi acceleratori del cuore.*
Bricon — *Nuove esperienze sui nervi vaso-motori.*
Onimus — *Nuove esperienze per dimostrare l'azione della corrente indotta sui nervi vaso-motori.*

II.

Parte terapeutica medico-chirurgica.

Ancona — *Soppressa secrezione lattea riattivata colla elettricità faradica.*
Breda — *Caso di eritema multiforme essudativo, da lesione funzionale del simpatico.*
Bulgheri — *La fustigazione elettrica nelle nevralgie.*
Cresci-Carbonai — *Tre casi di paralisi pseudo-ipertrofica curati coll'elettricità, ecc.*
D'Ancona — *La emicrania nei rapporti alla sua terapia.*
D'Ancona — *Un caso di* EPULESMA *curato colla galvanizzazione del simpatico al collo. — Considerazioni.*
Gasparini — *L'elettroterapia all' Ospedale di Pammatone durante il settennio 1869-1875.*
Sapolini — *Perdita dell'udito per folgore: guarigione dopo trent' anni a mezzo dell'elettricità.*
Semmola — *L'elettricità nel vomito nervoso.*
Abramowski — *Cura del reumatismo acuto colla faradizzazione.*
Fürstner — *Applicazione delle correnti indotte in certe forme di dilatazione di stomaco.*
Gallozzi — *Aneurisma del tronco brachiocefalico trattato mercè l'uso della corrente elettro-galvanica esternamente applicata.*
Martino — *Degli effetti della corrente galvanica sulle pareti arteriose aneurismatiche.*
Pereira Guimarez — *Applicazione dell'elettricità faradica sulla superficie di un tumore aneurismatico della carotide primitiva sinistra.*
Titch — *Quattro casi di eczema cronico curati coi caustici e coll'elettricità.*
Baynes — *Soppressione della secrezione salivare guarita colla corrente elettrica.*
Monnesson — *Effetti della faradizzazione in un caso di rabbia.*
Semmola — *Saturnismo cronico e corrente costante.*
Knot — *Osservazioni di un avvelenamento saturnino arrivato agli ultimi studj e curato coi bagni galvanici.*
Ultzmann — *Enuresi della fanciullezza curata colla faradizzazione.*
Vulpian — *Dell'influenza che esercita la faradizzazione della pelle in certi casi di anestesia cutanea.*
Bulgheri — *Elettro-ago puntura in aneurisma dell' aorta scendente con esito di guarigione del cav dott. Ciniselli.*
Bulgheri — *Aneurismi dell'aorta curati colla galvano puntura.*
Omboni — *Aneurisma dell'aorta toracica per cinque volte trattata felicemente col metodo Ciniselli.*
Omboni — *Contribuzione alla cura dei tumori colla elettrolisi.*
Omboni — *La galvano-caustica-chimice nella cura della congiuntivite granulosa.*
Verardini — *D'un vasto aneurisma all' arco aortico fattosi per due volte esterno e favorevolmente curato coll'ago-elettro-puntura.*
Franzolini — *Aneurisma misto dell' aorta ascendente trattato coll' elettro-puntura.*

Ciniselli — *Elettro-ago-puntura di un aneurisma dell'arco aortico.*
Bini — *Due osservazioni di aneurismi trattati coll'ago-elettro-puntura.*
Dujardin-Beaumetz — *Sopra un caso di aneurisma dell' aorta ascendente, curato mediante l'ago-puntura-elettrica.*
Macario — *Dell'elettricità nella cura dell'idrocele.*
Zamboni — *Cura dell'idrocele coll'elettro-ago-puntura.*
Clementi — *Elettro-ago-puntura nella cura del cirsocele.*
Percepied — *Applicazione dell'elettricità al trattamento del varicocele.*
Viganoni — *Applicazione dell' elettrolisi alla cura di un voluminoso polipo-naso-faringeo.*
Fieber — *Contribuzione alla cura delle cisti ovariche.*
Hesse — *Cisti ovarica trattata coll'elettrolisi.*
Thomas-Gaillard — *Rapporto sul trattamento dei fibromi uterini coll'elettrolisi.*
Semeleder — *Osservazioni sull'uso dell'elettrolisi nei tumori ovarici.*
Golding-Bird — *Trattamento delle ulceri coll'applicazione locale delle correnti elettriche semplici.*
Gallozzi — *Voluminosa cisti idatidea del fegato trattata con l'elettrolisi come cura preparatoria per la sua apertura.*
Semmola — *Cura della cisti idatidea del fegato coll'elettrolisi.*
Mucci — *Note elettrojatriche.*
Bona — *Tre operazioni di circoncisione colla galvano-caustica termica.*
Valerani — *Amputazione totale della lingua colla galvano-caustica-termica.*
Zotti — *Amputazione totale della lingua mediante la galvano-caustica-termica.*

BIBLIOGRAFIA.

Puschmann — *Alessandro Tralliano* — pag. 566.
Loreta — *Sull'ematocele della tunica vaginale del testicolo* — pag. 568.
Loreta — *Conferenze cliniche sulle emorroidi* — pag. 569.

VARIETÀ.

Congresso internazionale d'Igiene a Parigi — pag. 572.
Congresso internazionale di Demografia a Parigi — pag. 574.
Il commercio dell'oppio nella China — pag. 574.
Statistica dell'ovariotomia e precauzioni per evitare l' infezione nosocomiale — pag. 577.
L'idrofobia in Inghilterra — pag. 577.
L'ippofagia a Marsiglia — pag. 577.
Opere presentate alla Direzione degli Annali Universali di Medicina — pag. 578.

ANNALI UNIVERSALI
DI
MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA G. B. SORESINA E M. DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI

CONSIGLIO DIRETTIVO

De Giovanni Achille — Ricordi Amilcare
Golgi Camillo — Scarenzio Angelo
Quaglino Antonio — Zucchi Carlo

VOLUME 246

2.° SEMESTRE 1878

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1878.

Nardecchia
11-18-47
60803

RIVISTA D'IGIENE

del dott. cav. GIUSEPPE SORMANI.

Eulenberg — *Manuale d'igiene industriale.*
Wiel e Gnehm — *Manuale d'igiene.*
Ducamp — *Epidemia di avvelenamento saturnino nel 17.° ed 8.° circondario di Parigi.*
Gibert — *La scrofola all'Havre.*
Coletti — *La scrofola e le città di mare.*
Legendre — *Gli Ospizj marini. — Lettera al dott. Pietra Santa.*
Lagneau — *Mezzi consigliati dalla pubblica igiene per diminuire la frequenza della tisi polmonare.*
La pellagra nella provincia di Mantova. — Relazione della Commissione provinciale.
Proust — *Focolai recenti di peste bubbonica in Oriente.*
Pagliani ed Abbati — *Progetto d'Ospedale per le malattie contagiose.*
Belval — *Delle camere mortuarie.*
Devergie — *La Morgue di Parigi.*
Vallin — *Della disinfezione per mezzo dell'aria calda.*
Vallin — *Sulla resistenza dei batteri al calore.*
Colin — *La febbre tifoide nell'Esercito francese.*
Società di medicina pubblica e d'igiene.

Handbuch der gewerbe Hygiene auf experimenteller Grundlage. (*Manuale d'Igiene industriale su base sperimentale*); del dott. Hermann Eulenberg, 1876.

Il dott. Eulenberg consigliere medico addetto al Ministero dell'istruzione pubblica in Berlino e direttore della *Vierteljahrschrift für gerichtliche medicin und offentliches Sanitätswesen,* riunendo ed ordinando i numerosi materiali che pervennero al Consiglio centrale di sanità, pubblicò il più completo trattato d'Igiene delle professioni. In quest'opera voluminosa la scienza medica trovasi riunita in ottima alleanza colle più vaste cognizioni chimiche e tecnologiche.

Handbuch der Hygiene. (*Manuale d'Igiene*); del dott. Wiel e professore Gnehm.

Questo nuovo trattato d'Igiene è in corso di pubblicazione, ed è uscita la prima dispensa dalla Tipografia Feller in Carlsbad.

Il nome del Wiel è già conosciuto per diversi lavori relativi all'Igiene, e specialmente per la sua opera *Tisch für Magenkranke*.

Épidémie d'intoxication saturnine dans le XVII et dans le VIII arrondissement de Paris, ayant pour cause l'usage par les boulangers de vieux bois de démolitions. (*Epidemia di avvelenamento saturnino nel 17.° ed 8.° Circondario di Parigi*); del dottor Ducamp. (*Annales d'Hygiène publique, etc.*, n. 101, Deux. Série).

Nella seduta del 25 luglio 1877, il dott. Ducamp fece alla nuova Società di medicina pubblica di Parigi la seguente importante comunicazione.

Nei circondari 8° e 17° di Parigi si presentarono contemporaneamente molti casi di avvelenamento saturnino durante il mese di luglio 1877. Il dott. Ducamp, che ebbe ad osservare molti di questi casi, raccolse la storia particolareggiata di 66 di tali malati. È a ritenersi peraltro che il loro numero sia stato di gran lunga maggiore. La parte più difficile fu di stabilire se esistesse una causa comune a tutte quegli avvelenamenti, e quale essa si fosse.

Il primo sospetto cadde sull'acqua. Ma oltre al non avere l'analisi chimica mostrata nessun indizio di piombo nell'acqua potabile, risultò pure che delle molte persone, che prendevano acqua allo stesso rubinetto, alcune erano affette dalla intossicazione saturnina, ed altre no.

Il vino pure, proveniente da svariatissimi negozi, fu trovato innocente.

Ciò che colpì il dott. Ducamp fu, che tutte le persone avvelenate mangiavano del pane preso al forno D.... *Boulevard des Courcelles*, n. 57. Bisognò adunque operare indagini in quella fabbrica di pane. Risultò in modo sicuro, che il padrone di quel forno era uomo onesto, e non poteva ritenersi che avesse introdotto scientemente il sotto-acetato od altro sale di piombo nel suo pane; frode usata talora onde renderlo più bianco e più pesante.

D'altra parte anch'egli e la sua famiglia ne avevano mangiato, e tutti erano affetti dall'infezione saturnina. Invano si cercò se il piombo fosse entrato nel pane inscientemente o per mezzo dell'acqua, o per mezzo delle farine che fossero state già precedentemente avariate, o per mezzo dei recipienti ed istrumenti che si usano nel far pane. L'analisi dell'acqua e delle farine, l'esame dei recipienti fece escludere ogni sospetto a questo riguardo. E tuttavia esaminato il pane chimicamente, si trovò contenere traccie di piombo. Finalmente si è fatta la luce. Il piombo si deponeva sul pane durante la sua cottura nel forno. Il forno era scaldato con legnami vecchi provenienti dal teatro dell'Opera. Le porte, le finestre, ed altre vecchie tavole di legno erano state replicatamente dipinte con biacca, ed essendo state vendute come legna da ardere, servirono al fornajo D.... per scaldare il suo forno. Ivi i sali di piombo si sono trasformati in ossido di piombo, il quale si depose sotto forma polverulenta sulle pareti e specialmente sul fondo del forno,

e così si attaccava alla superficie del pane, che vi era introdotto per la cottura.

Il dott. Ducamp invoca l'intervento della Società di medicina pubblica, perchè l'amministrazione sia indotta à sorvegliare e proibire l'uso dei legnami vecchi e verniciati, in tutti i casi in cui potrebbero tornare di danno alla pubblica salute.

La scrofule au Havre. (*La scrofola all'Havre*); del dott. J. Henri Gibert. (*Annales d'Hygiène publique.* Deux. Série, n. 103).

La scrofola e le città di mare. Appunti del prof. Ferdinando Coletti, letti all'Accademia di scienze, lettere ed arti in Padova nella tornata del 10 marzo 1878.

La cura della scrofola per mezzo dei bagni di mare diede ormai così splendidi risultati da far sorgere numerosi gli ospizi marini ai quali ogni anno s' inviano i bambini delle *città di terra*. Il bagno marino attiva rapidamente le funzioni di assimilazione ed imprime a tutto l'organismo un tale rigoglio di vitalità, che nello spazio di pochi mesi la maggior parte dei bambini scrofolosi sono veramente trasformati e la massima parte ritornano alle proprie case guariti, e senza tema di recidiva.

Ma una speciosa obbiezione fu fatta a tale sistema curativo: molte città marittime hanno pure una grande quantità di bambini scrofolosi. Il dott. Gibert nella sua comunicazione, letta all' Associazione francese per l'avanzamento delle scienze, studia appunto tale quistione rispetto all'Havre. Egli pure ammette che in tale città la diatesi scrofolosa esista su vasta scala, mentre se si dovesse giudicare solamente dai vantaggi che gli scrofolosi ottengono nello stabilimento di Berck-sur-Mer, bisognerebbe pensare che la diatesi scrofolosa non dovesse esistere sul litorale della Manica.

L'Autore dimostra come nella città di Havre esistano numerose cause di scrofola.

La città è fabbricata su d'un terreno d'alluvione facile ad essere infiltrato. E siccome gli abitanti hanno l'abitudine di disperdere nel sottosuolo le acque sporche, così ivi si trovano materie d' ogni sorta vegetali ed animali, le quali nella stagione calda ed umida sono poi causa di molta mortalità per diarrea, specialmente fra i bambini del quartiere Perrey.

Nella parte bassa ed antica della città, popolata dalle classi più povere, le strade sono strette, le case elevate, con alloggi incomodi ed ingombri

Aggiungasi che l'alcoolismo è una terribile piaga di quella popolazione; ivi l'abuso delle bevande spiritose è più grande, che in ogni altra città della Francia. Nell'Havre si consuma ogni anno per 7 od 8 milioni di franchi in liquori forti, cifra questa che si traduce praticamente in 45 a 50 milioni di bicchierini di liquori tracannati! Questa quantità equivale a 27 litri per anno e per abitante. È questa pertanto la più attiva causa della scrofola e della tubercolosi all'Havre.

Alle accennate cause debbonsi aggiungere altre, come la sifilide; che è sempre molto diffusa nei porti di mare; e la mancanza di pulizia, che sembra un controsenso in una popolazione quasi circondata dall'acqua.

Queste cause spiegano abbastanza perchè nella città dell' Havre la scrofola vi sia pure tanto diffusa, ad onta della benefica azione dell'ambiente marittimo.

Ed infatti dai risultati della sua estesa pratica medica statisticamente raccolti, il Gibert riferisce che su mille bambini da esso lui curati, ve ne furono 251 affetti da varie affezioni scrofolose, di cui oltre la metà (136) ammalati per impetigine od eczema.

Ora l'Autore rivolge a sè stesso queste domande: Che cosa ne avviene di questi bambini scrofolosi? Guariscono? Muoiono? La loro costituzione, la loro diatesi si trasforma?

Per rispondere a questi quesiti egli esamina quante sono le esenzioni dal servizio militare per malattie scrofolose e per conseguenze della scrofola, nel dipartimento dell'Havre. Consultando il lavoro già pubblicato da Bergeron (V. *Ann. d'Hyg.* 1868), ed uno studio speciale fatto dal maggiore medico Frémont, risulta che i dipartimenti dell' Havre e del Passo di Calais danno il minor numero di riforme per affezioni scrofolose. Infatti durante i 10 anni dal 1867 al 1876 su 6330 inscritti visitati non si contarono che 102 dichiarati inabili per affezioni scrofolose delle ossa, delle ghiandole, della cute, dell' apparato oculare ed uditivo, e questa cifra corrisponde al 16 per mille.

Altre opportune indagini sulla mortalità e sulle cause di morte all'Havre permettono all'Autore di poter stabilire, che gli scrofolosi di quella città non muojono in generale nè per scrofola, nè per tisi; laonde bisogna concludere, che i bambini scrofolosi giunti all'età della leva sono quasi tutti guariti.

Tutte queste premesse condussero l'Autore alle seguenti conclusioni:

1.° La scrofola riveste all'Havre le forme le più benigne, e specialmente quelle cutanee di facile guarigione.

2.° È in grazia dell' influenza marina, che gli scrofolosi dell'Havre si trasformano e guariscono, per modo che tale città è forse quella, che contiene il minor numero d'adulti scrofolosi di tutta la Francia.

3.° Essendo questo un fatto di grande importanza per l' igiene delle popolazioni, bisogna metterlo a profitto con maggiore alacrità. Epperò non basta costruire uno stabilimento sulla sponda del mare, ma bisogna fabbricarne molti, e non solo per i poveri, ma anche per i ricchi.

Questo lavoro del dott. Gibert fece nascere nella mente del prof. Coletti una quantità di riflessioni così serie, così sagaci, da poter costituire il germe di nuovi problemi, e l' indirizzo di nuovi studj da svolgersi e da compiersi anche in Italia. Ed egli si domandava: La scrofola, morbo dell' infanzia, non scema per indole propria nell'età adulta anche senza la influenza dell'aria marina, in modo che nelle statistiche della

leva militare non rappresenti e non possa rappresentare che uno scarso contingente? Qual'è la forma, o se vuolsi, quali sono le forme di scrofolosi predominanti in questa od in codest'altra località? Il quesito proposto dall'Autore per l'Havre non trova alcun riscontro tra noi? Non si è desso mai presentato alla nostra mente? Con tanta distesa delle nostre coste seminate di città, talune delle quali cospicue e popolosissime, non s'è mai verificato o intuito nulla di simile ai concetti dell'Autore?

Il prof. Coletti in fatto riconosce l'esistenza della scrofola anche nelle nostre città marittime, e nella sua Relazione all'Accademia di scienze lettere ed arti in Padova (10 marzo 1878) parla di Venezia, di Genova, di Napoli, ecc., ed espone come in queste città italiane esistano molte cause efficienti della scrofola, e come tuttavia le stesse forme scrofolose dominanti siano poco gravi e di facile guarigione.

Del rimanente il prof. Coletti asserisce, che soltanto la statistica demografica e la geografia nosologica possono risolvere positivamente tali questioni. Epperò anch'egli pronuncia il desiderio già espresso dal dott. Bergeron e ripetuto dal Gibert per la Francia, *affinchè una carta geografica della scrofola abbia ad essere delineata e colorita in Italia ad imagine di quelle che il dott. Sormani stese già per la tifoidea, per le malattie palustri, e per le affezioni degli organi respiratori compresa la tubercolosi. Gli è di tal guisa che si giungerà a chiarire ed a dimostrare a vista d'occhio se veramente nelle città di mare ove pure tante si accumulano cagioni di scrofola, essa lungi dallo infierire si trovi più limitata e più mite, che in altre popolose città mediterranee.*

Oggi più che mai urge di ricorrere a questi studi positivi in Italia, per convincersi e riconvincere colla scorta concreta di cifre, di carte, di tracciati, della vera condizione della salute pubblica nel nostro paese.

La Relazione del professore Coletti fu tradotta in francese dal dottor Vaisson, e pubblicata sul *Journal d'Hygiène* (maggio 1878).

Les Hospices marins. (*Gli Ospizj marini*) Lettre du doct. Legendre ancien interne à l'hôpital de Berk-sur-Mer, à M. le doct. De Pietra Santa. (*Journal d'Hygiène*, mars et avril 1878).

Si discorre specialmente in questa lettera del trattamento che ricevono i bambini scrofolosi curati nel grande stabilimento marino di Berck, sulla sponda della Manica.

Nel 1857 non esisteva a Berck che un piccolo stabilimento sórto per iniziativa del dott. Perrochaud; nel 1861 si inaugurava un piccolo spedale di 100 letti. I risultati delle cure furono così soddisfacenti, ed il numero delle domande d'ammissione crebbe tanto, che il Governo Francese nel 1864 fece costrurre a fianco del piccolo stabilimento, un grande ospizio capace di oltre 600 letti. E poco distante da questo nel 1872 il banchiere Rothschild fabbricò a sue spese un ricco locale per i bambini scrofolosi israeliti.

Tutti questi ospizj sono sotto la direzione medica del filantropo dott. Perrochaud, ed i bambini vi sono sottoposti allo stesso trattamento curativo.

Durante i primi giorni di dimora il bambino non è sottoposto ad alcuna cura balneare. Ma il suo infermiccio e debole organismo viene preparato al trattamento curativo per mezzo di alimentazione riparatrice, consistente in carne, pesci, uova, legumi e frutta; per bevanda si fa uso di buona birra preparata appositamente per l'ospedale. Si vuole che la meravigliosa virtù dell'aria marina, ricca di particelle saline e iodate, preceda quella non meno utile ma più attiva dell' acqua. Perciò i bambini passano quasi tutta la giornata sulla sponda del mare, occupati in giuocherelli proprj alla loro età e costituzione, od accompagnati a far brevi passeggiate, o nell' esercizio della pesca, sotto la vigilanza delle suore dello stabilimento. Gli esercizi ginnastici non sono negletti, ma si riducono a movimenti poco violenti, come si conviene a bambini con ossa ed articolazioni fragili. Nè vi è trascurato il canto corale.

Quando il bambino è sufficientemente preparato lo si assogetta all'azione dell'acqua di mare *intus et extra*. Internamente si amministra alla dose di mezzo bicchiere due volte al giorno; si ottiene così una maggiore attività della digestione, ed un' azione alterante e fondente manifesta.

Per uso esterno si fanno bagni freddi o caldi, doccie, lozioni, maniluvi, pediluvi, ecc. Durante l' estate i bambini prendono due bagni al giorno della durata massima di cinque minuti. Questi bagni esercitano un' azione stimolante sulla pelle in grazia dei sali di sodio, di calcio, di magnesio, di potassio, che stanno sciolti nell'acqua del mare. Le secrezioni sono diminuite; la circolazione capillare e cutanea attivata; vi ha una turgescenza relativa della superficie cutanea, ed una relativa deplezione degli organi profondi. I nervi della sensibilità sono stimolati, la contrattilità muscolare messa in giuoco; l' ematosi si fa più attiva; la nutrizione riceve un' impulso più energico; in una parola l'organismo tutto intiero risente la benefica azione dell'acqua di mare.

L' inverno non interrompe la cura coi bagni nello stabilimento. L'acqua salata vi è condotta in un'ampia piscina nella quale vien riscaldata artificialmente. Il bagno di mare caldo ed in luogo chiuso, se diede risultati abbastanza soddisfacienti rispetto alle località malate, specialmente nelle lesioni ossee e nelle piaghe, non recò peraltro eguale beneficio sullo stato generale.

Nello stesso tempo in cui si fa ai bambini la cura dell' aria e dell'acqua marina, non si trascurano i rimedii interni; e si sottomettono all'azione dell'olio di fegato di merluzzo, dei preparati di ferro e di iodio, dei tonici amari, ecc. Vi sono bambini che gradatamente pervengono a prendere sino a 150 e 200 grammi di olio di fegato al giorno.

Il trattamento esterno è impiegato solamente quando la costituzione del bambino fu modificata dalla medicazione igienica.

A queste considerazioni del dott. Légendre il direttore del *Journal d'Hygiène* fa seguire delle speciali considerazioni, e consiglia alla Francia di creare non solo sulla Manica, ma anche sulle coste dell' Atlantico e sulle sponde del Mediterraneo, stabilimenti meno costosi, meno sontuosi, ma più numerosi, per modo di poter sottomettere ad un trattamento razionale ed efficace tutti i bambini dei due sessi dalla prima apparizione dei sintomi della scrofola. E ciò ad imitazione di quanto già si fece in Italia per la nobile iniziativa del dott. Barellai di Firenze.

Il dott. De Pietra Santa propone inoltre di erigere sulla sponda del Mediterraneo speciali stabilimenti per la cura della tisi e delle altre croniche affezioni polmonari.

Des mésures d'Hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la Phtysie. (*Mezzi consigliati dalla pubblica igiene per diminuire la frequenza della tisi polmonare*); par Gustave Lagneau. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 18 septembre 1877. (*Annales d'Hygiène publique, etc.*, mars et mai 1878, n. 104-105).

Il dott. Lagneau, dopo aver esposto il triste stato della popolazione parigina, ed in generale delle popolazioni urbane ed industriali rispetto alla tisi polmonare; dopo aver dimostrato che la tisi si manifesta sotto tutti i climi caldi o freddi, risparmiando soltanto poche popolazioni, che abitano paesi settentrionali e regioni montane ad aria fredda e stimolante; dopo aver chiarito come la miseria e l' insufficiente alimentazione non siano le principali cause della tisi, ma soltanto cause concomitanti, che ne facilitano lo sviluppo; ed infine dopo aver riconosciuto, che la proporzione dei malati di petto in generale è in rapporto collo sviluppo delle industrie e delle occupazioni sedentarie, che fanno ostacolo alla libera funzione degli organi respiratori, viene a formulare la seguente proposizione. « *Onde prevenire lo sviluppo della tubercolosi polmonare nell'uomo è necessario non solamente un rinnovamento costante dell'aria ambiente, sia essa calda o fredda, secca od umida, ad una pressione barometrica bassa od elevata*; *ma è necessario altresì che per mezzo di occupazioni attive, quest'aria largamente inspirata penetri profondamente nelle vescicole polmonari.* L'aria *intus et extra* sembra essere il migliore profilattico della tisi polmonare, non però il mezzo curativo. »

L' Autore perciò raccomanda di scemare con leggi amministrative l'afflusso delle popolazioni dalle campagne verso le città, di migliorare la costruzione delle abitazioni, di proibire che vengano abitati alloggi insufficienti per ispazio, o capacità d'aria, e non mai vivificati dall'azione benefica del sole. Gli opificj siano costrutti con tutte le regole che l'igiene prescrive affine di tutelare la salute e la vita degli abitanti; le caserme, i collegi, le prigioni, ecc., abbiano camerate di sufficiente capacità; s'instituiscano esercizj ginnastici obbligatorj nelle scuole, collegj, ecc; s' introduca il canto corale nelle scuole infantili. L' Autore considera giustamente molto utile alla società l'obbligo generale al servizio mili-

tare, per mezzo del quale tutti i cittadini idonei vengono sottoposti in un determinato tempo della vita ad esercizj ginnastici (1).

La pellagra nella provincia di Mantova. Relazione della Commissione provinciale, stampata a cura e spese della *Rassegna settimanale*. (Firenze 1878).

Una diligente e laboriosa commissione di sei membri fu nominata nell'agosto del 1875 dal Consiglio provinciale di Mantova, onde studiare le cause dell'imperversare della pellagra in quella provincia, e proporre le misure per una diminuzione o completa abolizione di questa piaga sociale. La commissione, composta del sig. dott. G. Quintavalle presidente, avv. Botturi, dottori Giacometti e Saglio, ingegnere Schiavi, e dott. Achille Sacchi segretario e relatore, presentava la sua Relazione il 24 marzo 1878. Essa aveva diretta una Circolare a tutti i Comuni della Provincia, accompagnata da una serie di domande; e dalle risposte ricevute ne dedusse, quale sia lo stato delle popolazioni agricole, ed a quale complesso di cause debbasi specialmente ascrivere l'esistenza e l'estensione di tale malanno.

Secondo le statistiche pubblicate in seguito ad inchieste anteriori su tale affezione risultò che nel 1830 il numero dei pellagrosi in tutta la Lombardia era di 20282, e nel 1856 di 38777.

Nella sola provincia di Mantova il numero dei pellagrosi durante l'anno 1830 fu di 1228, e nel 1856 di 2195.

Il numero medio annuo dei pellagrosi durante il decennio 1867-76 giusta i rapporti pervenuti dai vari comuni, è di 2000 all'incirca. La pellagra adunque nella provincia di Mantova trovasi oggidì nelle stesse condizioni di 20 anni or sono.

La pellagra non colpisce tutti gli abitanti promiscuamente. Essa non trovasi fra gli abitanti della città, ed è quasi esclusiva della classe dei contadini; e fra questi colpisce poi di preferenza quella categoria di braccianti detti *disobbligati*, i quali locano l'opera loro quà e là richiesta giornalmente, e ricevendo una mercede in danaro, che oscilla in media nei bassi limiti da una lira ad 1,20 al giorno.

Tristissima è la condizione in cui vivono i contadini della provincia mantovana, fatto che d'altronde è a lamentarsi gravemente per tutte le provincie lombarde e venete, ove il suolo coltivato a latifondi, arricchisce i proprietarj e gli affittaiuolj, e non fornisce nemmeno i mezzi

(1) Su quest'importante argomento della *diffusione della tisichezza polmonare, delle sue cagioni e de' provvedimenti più valevoli a combatterla*, il prof. A. Corradi fin dal 1867, rispondendo al quesito messo a pubblico concorso del R. Istituto Veneto di scienze e lettere, scrisse una memoria, la quale, premiata, venne inserita negli Atti dell'Istituto medesimo. Di tale lavoro, che assai avrebbegli giovato specialmente riguardo all'Italia, il dott. Lagneau non ebbe veruna notizia, sebbene n'avessero parlato anche i giornali medici francesi.

della più indispensabile sussistenza a quei poveri coloni, che avendo coltivate e raccolte le biade, meriterebbero almeno di non mancare del pane, che hanno seminato.

Invece dall'inchiesta risultò, che quella povera gente manca di tutto; spesso anche di lavoro. Scure, umide e malsane le abitazioni, la nutrizione ridotta all'uso quasi esclusivo del pane e della polenta di grano turco, il lavoro eccessivo di 10, 12 e fin 14 ore al giorno; l'astensione dal vino alternata con qualche stravizzo.

La Commissione dovendo riferire con rapporto d'ordine amministrativo si astenne prudentemente da discussioni semplicemente dottrinarie, e non si pronunciò decisamente sull'essenza ed eziologia della pellagra. Espone bensì le teorie, che fanno dipendere la pellagra stessa dalle alterazioni o fermentazioni del maiz, o da funghi come lo *sporisorium maidis*, ed il *penicillum glaucum*, che si sviluppano sul grano del granturco quando questo non è bene maturo ed asciutto; ma non sembra disposta ad accettare la teoria dell' avvelenamento o della intossicazione. Essa è più proclive a ritenerla l'effetto del complesso di quelle cattivissime condizioni igieniche, e della miseria, in cui vivono i poveri contadini, ed in ispecial modo della cattiva ed insufficiente alimentazione, cui si aggiunge la fatica eccessiva, l' insolazione prolungata, e la depressione dell'animo.

È verissimo che nella provincia non si fa uso di forni di essiccamento del grano turco, nè di strumenti ventilatori; e che in parecchi comuni si deve lamentare il raccolto di frumentone immaturo o poco essiccato in aje non mattonate, o male custodito in granai non riparati dall'umidità; ma è pure detto che nella massima parte del territorio non vi si coltiva la meliga quarantina, oppure vi è consumata come ingrasso pel bestiame; che le alterazioni del grano turco per crittogame attossicanti vi sembrano rare, e che « evidentemente la teoria dell' in« tossicazione non ha proseliti dichiarati fra i medici di questa pro« vincia. »

Comunque sia, sembra a noi che la teoria, la quale giudica la pellagra una malattia da lento avvelenamento dell'organismo per protratta alimentazione con maiz guasto, siccome con tanta copia di notizie ha mostrato il Lombroso, sia tanto appoggiata dai fatti, da potersi accettare come la più prossima alla verità.

Stabiliti i fatti, e messa in chiaro la situazione reale delle popolazioni povere della campagna mantovana, tracciato il quadro desolante della loro miseria, quadro che vale anche per molte altre provincie della Lombardia e del Veneto, la Commissione si accinge a proporre i rimedj a tanto male.

E comecchè essa siasi fatto un profondo concetto della gravità della situazione, e dell'importanza della quistione, che giustamente essa chiama *sociale*, non si limita a proporre rimedj palliativi, ma escogita rimedj radicali. Fin da principio fa capire, quantunque non lo esprima chiara-

mente, che le semplici misure igieniche, specialmente quelle promulgate come consigli d'igiene individuale, non avranno valore perchè non potranno essere attuate da gente in piena miseria. Dire a quei contadini di non mangiare sola polenta, di astenersi dalla farina di frumentone guasto, di bere vino, di non esporsi ad un lavoro eccessivo e sotto i cocenti raggi del sole, di abitare camere ampie ed asciutte, tutto ciò sarebbe piuttosto un' amara ironia, un insulto.

Qualche cosa di più potrebbe ottenersi col proibire o limitare nella provincia la coltivazione del grano turco, coll'istruire i coloni ed i proprietari a farne seccare intieramente il seme, ed a mantenerlo in magazzini bene asciutti o meglio in appositi recipienti di legno o di latta, col proibire lo spaccio e l'uso di grano turco guasto, coll'aumentare il salario dei braccianti, coll'obbligare i padroni delle case a migliorare gli alloggi della povera gente, collo stabilire un *maximum* equo ed onesto per le ore di lavoro, ecc.

Ma a migliorare in modo decisivo le condizioni economiche della classe povera la Commissione propone di assegnare ad ogni famiglia colonica uno o due ettari di terreno da coltivare, stralciandoli dalla periferia delle più vaste proprietà. Il colono sarebbe obbligato a pagare un tenue prezzo di fitto per l'uso che egli fa della terra, restandone affittuario per lo spazio di 30 anni. Il padrone del latifondo sarebbe obbligato a fabbricare le case per tali famiglie, e ad anticipare i mezzi ed i capitali necessarj; il fitto della casa e l'ammortizzazione dei capitali anticipati si pagherebbero sulla rendita annua dei prodotti del suolo. Lasciamo agli Economisti il fare un esame critico di tale proposta.

Queste misure gioverebbero ad ogni modo per il tempo futuro. Intanto per il presente, e finchè esistano pellagrosi, si dovrebbero instituire, come consiglia la Commissione, delle speciali case di cura, senza lusso di costruzione e senza grande spesa. In queste sarebbero ricoverati i pellagrosi d'ogni comune, o d'ogni consorzio di comuni, e quivi curati. Tali ricoveri di pellagrosi dovrebbero essere specialmente destinati a raccogliervi i malati nel principio dell'affezione, quando cioè la speranza di guarigione è maggiore.

Questo provvedimento sarebbe opportunissimo, ma molti comuni del Mantovano dichiararono che non avrebbero potuto sopportarne le spese. Eppure la provincia deve ogni anno aumentare le spese per il Manicomio provinciale, specialmente per il crescente numero dei pellagrosi, che vi si devono ricoverare! Tali spese, che nel 1869 superavano appena le 51 mila lire, nel 1877 raggiunsero quasi le 115 mila.

È urgente adunque provvedere a così vasta e profonda piaga, la quale tanto pei suoi effetti, quanto pei rimedj che esige, interessa direttamente non solo l'Igiene pubblica, ma anche l'Economia sociale. E più ancora v'ha parte la compassione, perchè questi poveri braccianti, che sono un elemento così indispensabile ed utile alla vita sociale, sono pure « *afflitti da miserie d'ogni sorta, degradati di spirito e di corpo, i quali*

quando hanno potuto andar salvi dalla massima delle umane sventure, la colpa, cadono in malattie lagrimevoli come la pellagra; evitato il carcere od il postribolo, entrano nell'ospedale o nel manicomio. » Sia dunque lode alla Commissione mantovana, che ha saputo con maestria e con profondo sentimento di umanità trattare con efficacia un tema di tanta importanza.

Des foyers récents de peste en Orient; (*Cyrenaïque, Arabie, Mésopotamie, Peste de Bagdad*). — *Influence que peut exercer la guerre de Orient sur l'extension du foyer de la Mesopotamie*; par A. PROUST.

Il dott. Proust segretario del Comitato consultivo d'igiene pubblica in Francia, già inviato alla Conferenza sanitaria internazionale di Vienna, autore di pregevoli opere sull' igiene internazionale e sulla igiene pubblica, richiama l' attenzione dei governi europei sull'esistenza di un focolajo di peste bubbonica nella Mesopotamia. Gli avvenimenti che si stanno compiendo in Oriente possono esercitare sulla salute pubblica dei popoli d' Europa un' influenza funesta, ed è saggia opera il prevederne le possibili conseguenze. Durante l'anno 1874 scoppiarono tre epidemie di peste bubbonica, una nella pianura di Barca all'ovest dell' Egitto; un'altra in Arabia al sud della Mecca; la terza nella Mesopotamia verso la foce del Tigri e dell' Eufrate. Fortunatamente ne' due primi luoghi le epidemie si spensero nell' anno stesso senza ulteriormente diffondersi; ma non fu così nel terzo.

Il dottore Colvill chirurgo dell'armata inglese inviato in Mesopotamia allo scopo di prendere informazioni su' progressi della peste, riferì che ivi la peste ebbe origine nel dicembre 1873 nel distretto di Daghara, dal quale si estese poi ad invadere altre provincie. Tale epidemia cessò, come d'ordinario avviene, all' epoca dei grandi calori verso il mese di giugno 1874. Ma ricomparve nella primavera del 1875, e di nuovo si riaccese nella primavera del 1876, anno in cui prese più ampio sviluppo e si estese fino a Bagdad, città ove in pochi mesi cagionò circa 4 mila morti.

Anche quest' epidemia si arrestò nel mese d'agosto, quando la temperatura si mantenne a + 46 centigradi, ma alcuni casi serpeggiarono sempre fra la popolazione, e nella successiva primavera l' epidemia ricominciò nella stessa città di Bagdad, minacciando d' invadere la Persia.

Quali potrebbero essere le conseguenze per l'Europa? E specialmente nelle condizioni politiche e sanitarie della guerra d'Oriente?

L'Autore consiglia pertanto ai governi europei di voler instituire stazioni di igiene internazionale tra l'Asia e l'Europa, e specialmente due: una a Bakou sul mar Caspio, e l'altra ad Alessandria d' Egitto. Naturalmente a tali commissari destinati a salvare l'Europa da un grave pericolo, vorranno esser conferite tutte le autorità e tutti i mezzi d'azione necessarj, perchè lo scopo sia pienamente raggiunto.

Sembra che nel 1877 la peste si sia estinta; ma per la stessa temuta via potrebbero penetrare in Europa altre malattie epidemiche.

Recenti informazioni da Malta riferivano, che fra le truppe inglesi trasportate dalle Indie all'Isola di Malta (maggio 1878) siansi verificati durante il viaggio dei casi mortali di tifo petecchiale e di cholera.

La posizione geografica dell'Italia le assegna un obbligo importante nella tutela della salute pubblica dell'Europa.

Progetto di ospedale per le malattie contagiose; dei signori Pagliani dott. Luigi ed Abbati ingegnere Cesare. Torino 1878.

L'associarsi dei due distinti tecnici, il medico igienista, e l'ingegnere costruttore, onde elaborare un progetto per l'erezione di nuovo ospedale, fu un'idea felicissima, che dovrebbe essere sempre seguita anche nella pratica. E tuttavia troppo spesso vedesi l'architetto dirigere colle sole cognizioni della sua scienza la costruzione non soltanto di abitazioni comuni, non solamente di caserme, opifizi, o locali di pubblico convegno, ma eziandio di case di ricovero, ospedali e maternità.

È ormai riconosciuta l'utilità dell'intervento dell'igienista per consiglio in quasi ogni ramo delle moderne costruzioni; ma quando poi trattasi di locali destinati a scopo di pubblica salute, in questo caso all'igienista spetta la prima parte, la parte direttiva, all'architetto non dovrebbe competere che la parte esecutiva.

Il progetto dei signori Pagliani ed Abbati si riferisce ad un ospedale speciale per le malattie contagiose proposto per la città di Milano.

Dopo aver esposte le ragioni per le quali si dimostra utile per la città di Milano la costruzione di apposito spedale per le affezioni contagiose, e d'aver accennato all'ubicazione meglio raccomandata, passano gli autori a descrivere il piano di costruzione dell'ospedale stesso.

E condannando a giusto titolo l'antiquata forma degli spedali monumentali, preferiscono la creazione degli spedali-baracche.

L'ospedale sarebbe composto di 10 baracche, distaccate l'una dall'altra, e comunicanti solamente per mezzo di un ampio porticato coperto superiormente, ma affatto aperto lateralmente ad una libera circolazione dell'aria. Le 10 baracche poi, che formano la parte principale del fabbricato, stanno nel mezzo di ampio quadrilatero, limitato da un portico, il quale serve a mettere fra loro in comunicazione gli altri edifizi, come l'edifizio sanitario, l'edifizio amministrativo, la camera per le disinfezioni, la camera mortuaria e per le autopsie, la chiesa, la lavanderia, i bagni, la ghiacciaia, il locale per ricetto temporaneo delle immondizie, ecc. L'edifizio sanitario comprende la sala di visita ed accettazione dei malati, la farmacia, la sala di lettura, gli alloggi, ecc. L'edifizio amministrativo comprende la cucina, la cantina, gli uffizi di contabilità, i magazzeni, ecc. L'edifizio amministrativo dovrebb'essere situato in parte opposta a quella dell'edifizio sanitario, onde il personale che disimpegna quel servizio, non sia inutilmente esposto a frequenti contatti cogli ammalati.

Le dieci baracche sono disposte per modo che cinque restano da un

lato del portico centrale, e cinque dall'altro; ciascuna baracca essendo capace di trenta ammalati; l'intero ospedale potrà ricettarne 300; cui bisogna aggiungere anche 60 bambini, da ricoverarsi in padiglioni appositi costruiti lungo il porticato quadrangolare. Per aumentare la capacità dell'ospedale basterà aumentare il numero delle baracche, od in casi eccezionali ed urgenti disporre tende-baracche provvisorie lungo il muro di cinta.

Ogni baracca è costituita da un fabbricato rettangolare, lungo metri 51, largo metri 10,60, alto metri 6; e comprende una gran sala per infermeria, con 24 letti, una minore per sei convalescenti, una camera per infermieri, una stanza per bagno, ed una latrina.

La baracca dovrebb'essere costrutta su pilastri di granito, e sollevata di un metro dal suolo, per modo che possa circolare liberamente l'aria fra il suolo stesso ed il pavimento. Il pavimento è intavolato con palchetto di noce o di quercia; le pareti rivestite di stucco lucido, il soffitto a lanterna con finestre e ventilatori. Nelle pareti della gran sala, stanno ben 22 grandi finestre il cui davanzale si trova a soli 60 centimetri dal pavimento, e le vetriate divise in tre scomparti, che si aprono d'alto in basso. A ciascuno dei 24 malati che possono esser ricoverati in ogni sala principale, corrispondono 13 metri quadrati e mezzo di superficie, e 104 metri cubi di area.

Nel progetto si espongono dettagliatamente tutti gli altri particolari rispetto alle sale dei convalescenti, al sistema di rotaje, che facilita il trasporto dei malati, dei morti, dei mobili, degli alimenti, ecc., alle latrine, disinfezioni, ventilazione, riscaldamento, ecc.

Il progetto in discorso, come è lodevole pel suo indirizzo igienico, così è ricco di dimostrazioni matematiche per ciò che riguarda le proposte sotto l'aspetto delle costruzioni.

Faccio voti perchè nella prima occasione in cui municipi o governo decretino la erezione di nuovo ospedale i savi precetti dei lodati autori non siano trascurati.

Il dott. Pagliani fece soggetto tale argomento della sua prelezione al Corso d'Igiene pel 1878 nella R. Università di Torino.

Des maisons mortuaires. (*Delle camere mortuarie*); per Thèodor Belval.

La Morgue de Paris; per Alph. Dévergie. (*Annales d'Hygiène publique.* Deuxième série, N. 101 e 103).

Considerando che allo stato attuale della scienza non si possiedono ancora segni certi per constatare la morte salvo la putrefazione, e che l'insieme dei segni razionali, dai quali si possa giudicare per induzione, non possono essere valutati che da un medico, risulta necessaria la creazione di depositi mortuari, utili specialmente in tempo di epidemie, indispensabili nelle città.

Nelle grandi città specialmente in cui molte volte le famiglie povere non hanno che una sola camera, e difficilmente possono trovare ospita-

lità, si trovano forzate a vivere per 24 ore in compagnia di un cadavere, dal quale possono svolgersi emanazioni pericolose per i viventi. Nel caso poi di epidemie tale danno sarà evidentemente molto maggiore, come è appunto in tali disgraziate circostanze, che è massimo il pericolo d'essere sepolti vivi.

Se adunque l'instituzione delle camere mortuarie interessa tanto la amministrazione pubblica, i principii che dovranno dirigerne la costruzione, interessano direttamente l' igiene, affinchè non debbano diventare fomiti nocivi per le popolazioni.

Le camere mortuarie dovranno fabbricarsi nelle vicinanze del Cimitero, od anche in qualche parte remota della città, ma sulla via che conduce al Cimitero.

I morti o creduti morti vi dovranno essere trasportati colle stesse cure come se fossero dei malati; ed ivi collocati in altrettante camere o celle separate, nelle quali sarà permesso il trattenersi a qualche membro della famiglia.

I locali dovranno essere opportunamente ventilati, riscaldati ed illuminati.

Il pavimento dev' essere in asfalto, per le facili e frequenti lavature.

In camere attigue vi sarà la sala per le sezioni anatomiche.

Alla mano d'ogni cadavere sarà opportunamente disposto il bottone di un campanello elettrico, che risponda nell'alloggio dei guardiani.

L'alloggio dei guardiani sarà separato dal fabbricato mortuario per mezzo di un piccolo cortile.

I cadaveri dovranno essere trasportati nella camera mortuaria nelle prime 12 ore dopo il decesso nei casi di malattia ordinaria, ed entro 6 ore dalla morte nei casi di affezioni contagiose.

L'inumazione non avrà luogo se non dopo apparsi i segni manifesti della putrefazione.

La stessa casa mortuaria servirà a deporvi i cadaveri di persone morte accidentalmente in luogo pubblico. Ivi resteranno esposti i cadaveri degli sconosciuti; ivi staranno in deposito i cadaveri, che devono essere oggetto delle investigazioni medico-legali.

Queste sono le conclusioni che si deducono dell'esame, che il signor Belval fece delle case mortuarie di Weimar, di Ulma, di Brema, di Stuttgart, di Berlino, di Carlsruhe, di Dusseldorf, ecc.

Il dott. Devergie dopo aver passato in rassegna la storia della Morgue di Parigi, dopo averne descritte le recenti innovazioni, la forma, il servizio, ecc., parla dell' igiene dello stabilimento.

Un locale, che riceve nel corso dell'anno circa 700 cadaveri molti dei quali in istato di avanzata putrefazione, che li tiene esposti in media da 3 a 5 giorni, che è situato nelle vicinanze di Notre-Dame, deve ben es-

sere l'oggetto delle più serie preoccupazioni del Consiglio d'igiene e di salubrità.

Onde provvedere convenientemente alla ventilazione era stata proposta l'erezione di un camino di richiamo, alto 20 metri, e mantenuto in attiva funzione per mezzo d'una corona di fiamme di gas. Ma il progetto dell'alto camino fu respinto dal consiglio dell'edilizia per non dare allo stabilimento della Morgue l'aspetto di fabbrica.

Furono allora costrutti due camini molto bassi, ma funzionavano male, e gli abitanti del vicinato si lamentavano dei cattivi odori, che risentivano quando il vento portava loro i gas usciti da questi camini a fior di tetto.

Per togliere questi inconvenienti il Consiglio d'igiene diede un maggiore sviluppo alle fiamme destinate a produrre la corrente d'aria in alto, e fece in modo che i gas, che uscivano dai camini, passassero fra carboni per modo che in gran parte si abbruciassero. Furono quindi instituiti veri forni verso la cima di questi camini di richiamo; ed ivi si manteneva un considerevole fuoco giorno e notte; i gas erano condotti al di sotto di questi focolai. Si ottenne un reale vantaggio, ma il consumo del carbone aumentava ogni anno, così che nel 1870 fu di 24 mila chilogrammi; e tali forni minacciavano di guastare la volta dell'edifizio.

Gli studj antichi e recenti di Devergie sulla putrefazione gli permisero di proporre e di attuare un nuovo sistema, che già funziona da sei anni con risultato più che soddisfacente. Egli aveva già osservato che i pezzi cadaverici si conservano a lungo se lavati continuamente da un getto d'acqua; e che l'acido fenico occupa il primo rango fra i disinfettanti, specialmente per il suo facile uso.

Egli stabilì adunque dei rubinetti dai quali scende una piccola corrente d'acqua dalla testa ai piedi dei cadaveri, e quest'acqua è resa fenicata nel rapporto di circa il 2 per mille. Qualche volta sonvi alla Morgue fin 12 o 14 cadaveri in istato di avanzata putrefazione, eppure la disinfezione con questo sistema è completa. Tanto è vero che fu soppresso il sistema di richiamo per mezzo del fuoco.

È questo un nuovo esempio, che dimostra come molte volte le più grandi difficoltà possono essere superate dai mezzi i più semplici. L'importante sta nel trovarli.

De la disinfection par l'air chaud. (*Della disinfezione per mezzo dell'aria calda*); per Vallin, Professore d'Igiene militare a Val-de-Grâce. (*Annales d'Hygiène publique*, etc. N. 101).

Sur la résistance des Bactéries à la chaleur par le même. (*Sulla resistenza dei batteri al calore*); per E. Vallin. (*Annales id.*, marzo 1878, N. 104).

Sarebbe necessario che in ogni spedale, stabilimento pubblico, lazzaretto, ecc., esistesse un mezzo facile, per disinfettare gli abiti, le biancherie, gli oggetti di letto, dei malati di affezioni contagiose. In fatti

troppo di soventi certe malattie sono trasmesse per tali mezzi agli individui sani; e si osservò più d'una volta che qualche ammalato, il quale ricorse all'ospedale per curarsi di leggiera affezione e per nulla pericolosa, vi contraesse infezioni o contagj da mettere a repentaglio la sua vita.

Le fumigazioni di cloro o d'acido solforoso sono alquanto trascurate dalle amministrazioni appunto perchè rovinano i tessuti, ne alterano il colore, intaccano i metalli, e guastano in complesso quel materiale di cui l'amministrazione stessa deve dar conto.

Ecco perchè le disinfezioni ad aria calda, ossia operate solamente col mezzo dell'elevata temperatura, dovranno prendere il posto delle attuali disinfezioni chimiche. A tale scopo tanto in Inghilterra, quanto in Germania, si costruirono camere apposite presso gli spedali per la disinfezione ad aria calda degli abiti, coperte e fornimenti da letto degl'infermi di malattie contagiose, o come tali sospette, dalle più leggiere come la scabbia, alle più gravi come il tifo petecchiale.

La camera o forno per le disinfezioni può essere riscaldato da un focolajo situato sotto al medesimo.

L'apparecchio fatto costruire da Ramson nel 1871 nello spedale di Nottingham consiste in un grande armadio di ferro, le cui pareti sono foderate di legno per impedire la dispersione del calorico; l'alta temperatura vi è prodotta e mantenuta per mezzo della combustione di un certo numero di fiamme di gas. L'aria circola nell' apparecchio, perchè un'apertura nella parte superiore della camera permette l'uscita dell' aria. Sarà utile rivestire di legno anche le pareti interne dello camera calda, oppure costruirle di pietra che potrà essere anche verniciata. Un miglioramento da introdurre in tale apparecchio sarà quello di aspirare l'aria impura della camera-forno d'alto in basso, per mezzo di tubi che facciano capo al focolajo riscaldante, e quindi tale focolajo servirà anche come agente ventilatore, e l' aria estratta così dalla camera calda sarà inoltre disinfettata passando attraverso alle fiamme del gas.

Un altro sistema di forni disinfettanti ad aria calda è quello che fu costruito dal dott. Esse per l'ospedale di Berlino. Sono due cilindri di ferro, posti l'uno dentro l'altro per modo che fra la parete del cilindro minore e quella del maggiore siavi la distanza di alcuni centimetri, e questo è lo spazio nel quale circola il vapor acqueo. Congegni e valvole adatte servono a mantenere il vapor acqueo in tale spazio alla pressione di due atmosfere, ossia alla temperatura di 120 centigradi, ed in tale modo l'aria interna del cilindro mediano si alza in meno di un'ora a 112 centigradi circa. In questo modo si ha il vantaggio di poter graduare meglio la temperatura, mediante la valvola che aumenta o diminuisce la pressione, ma l'aria dell' interno, l'aria calda che si trova a contatto cogli abiti e biancherie, non è punto rinnovata.

Ma quale è il grado di temperatura al quale si dovrà elevare l' ambiente che circonda e tocca l' oggetto da disinfettarsi? In generale gli

autori, sono concordi nell'asserire che tale temperatura non debba essere inferiore a 105 centigradi, nè superiore a 125.

W. Henry trovò che la linfa vaccinica perde ogni sua virtù quando la si mantenga per un'ora alla temperatura di 60 centigradi; e sembra che 4 ore di temperatura a + 95° C. distruggano l'attività dei principii scarlattinosi. Harries e Shaw assicurano che la temperatura di 100 gradi annienta il contagio della febbre gialla e quello della peste. Si ammette pure che lo stesso grado di calore neutralizzi le provenienze coleriche e tifose.

Gli sperimenti di Davaine e quelli di Kock (*Revue des cours scientifiques*, 1877), dimostrano che il virus del carbonchio ed i bacteri che in essi si sviluppano (*Bacillus anthracis*) restano distrutti dalla temperatura di + 55°. Il virus delle sostanze septicemiche sembra il più tenace di tutti, perchè non è distrutto da una temperatura anche superiore ai 100 gradi. Sembra anzi dagli sperimenti di M. Davaine (*Gazette hebdomadaire*, 1873) da quelli di Panum, di Bert, ecc., che il calore elevato non distrugge che i germi animati, lasciando intatti i virus amorfi. Anche le *spore* hanno una considerevole resistenza agli agenti fisici e chimici. Tuttavia Pasteur considera la morte di questi elementi come quasi inevitabile a 110 gradi. (V questi *Annali*, *Parte Rivista*, vol. 244, p. 393).

La temperatura da raggiungersi per uccidere i germi morbosi negli abiti e biancherie sarà adunque almeno di + 105° o + 110° C.

Ma sarà utile conoscere anche il limite massimo di temperatura, cui si potrà giungere senza danno degli oggetti medesimi, che si vogliono disinfettare.

Secondo le sperienze di Ransom la lana, il cotone, la tela di lino, la seta, la carta, possono essere scaldate alla temperatura di + 121° per tre ore di seguito senza apparente alterazione; invece una temperatura di + 146° altera manifestamente il colore ed anche la struttura dei tessuti più delicati, e specialmente quello della lana bianca. Anzi De Chaumont (*The Lancet*, 1875) dice che gli oggetti di lana già cominciano ad alterarsi ad una temperatura di + 100° mantenuta per oltre 6 ore o dopo due ore d'una esposizione a + 105°.

M. Vallin, che ha ripetuti questi esperimenti trovò che la lana bianca non subisce alterazioni di colore, nè di struttura sensibili da una esposizione per 3 ore a temperatura di + 110°; ma che tali alterazioni si fanno manifeste, quando la temperatura si elevi a + 115° ed oltre. Quanto ai tessuti di cotone e di lino le più leggiere alterazioni non divengono sensibili, che dopo l'esposizione per due ore a + 125° C. Quando la temperatura raggiunge i 150 gradi anche i tessuti di lino e di cotone subiscono gravi alterazioni nella loro struttura, e le fibre perdono della loro resistenza. Gli sperimenti del dott. Vallin e quelli del dott. Lake alla infermeria di Southampton dimostrano pure che la lana dei materassi ed i crini possono sopportare senza danno una temperatura di + 105° a + 120°.

Il dott. Vallin conclude adunque, che la temperatura da darsi all'aria calda perchè riesca disinfettante, e nello stesso tempo non alteri i tessuti, debba stare fra i limiti di + 100° a + 110°; e gli oggetti vi debbano essere mantenuti per un tempo variabile da 2 a 6 ore.

Il dott. Vallin inoltre raccomanda di mescolare una certa quantità di vapor acqueo all'aria calda, sia perchè il vapor acqueo è miglior conduttore del calorico che l'aria secca, sia perchè l'aria calda ed umida altera meno i tessuti, non producendo in essi quella fragilità, che loro proviene da una eccessiva secchezza.

Ma dopo questi studi sperimentali altre più recenti indagini furono intraprese dal valente Tyndall (*Philosophical Transactions of the Royal Society*, 1877). Risultò da queste, che l'uccisione dei germi si fa più completa e più sicura sottoponendo le sostanze fermentescibili *ripetutamente* ad un'alta temperatura. Il ripetere l'elevazione di temperatura ha maggior influenza, che la elevatezza del grado termico, e che la durata del tempo in cui i germi stessi vengono sottoposti all'alta temperatura. (V *Annali*, *Parte Rivista*, vol. e pag. cit.).

Il prof. Vallin ne deduce i seguenti consigli per la pratica:

1° La biancheria d'ogni specie proveniente dai malati in cura per affezioni trasmissibili o sospette (febbri eruttive, difterite, febbre tifoide, infezione purulenta, ecc.), sarà direttamente portata dalla sala alla stufa; e solamente dopo questa disinfezione preliminare sarà consegnata alle lavandaie. Si risparmierà per tal modo a queste il manifesto pericolo d'infezione, di cui si ebbero prove ripetute in un grande numero di epidemie.

2° I letti, le coperte, le vestimenta, ecc., appartenenti ai malati stessi saranno disinfettati alla stufa il giorno medesimo in cui il malato esce o muore.

Tali oggetti resteranno ivi esposti per un'ora alla temperatura di + 105° prima di essere sottoposti alle altre operazioni di pulizia ed alle necessarie riparazioni. Quest'operazione di disinfezione all'aria calda sarà ripetuta per tutta la biancheria, abiti e fornimenti da letto prima di asportare tali oggetti dai magazzini e rimetterli in uso presso nuovi malati. Per tal modo si assicura la disinfezione e la secchezza perfetta delle stoffe, dei letti e della biancheria.

Sarà un vero benefizio se questa misura sarà adottata non solamente per le sale delle malattie contagiose, ma per tutti i malati, in particolar modo per quelli di chirurgia e per gli istituti di maternità. Si potrà così sperare di risolvere con questo mezzo il problema fondamentale dell'igiene nosocomiale.

De la Fièvre Typhoïde dans l'Armée française. (*La febbre tifoide nell'Esercito francese*); del dott. Leone Colin, Professore d'Epidemiologia alla Scuola d'applicazione di Val-de-Grâce. (*Annales d'Hygiène*, ecc. janvier 1-78, n. 103).

Le frequenti epidemie di febbre tifoide nelle diverse guarnigioni della

Francia, e la numerosa mortalità, che tale affezione cagiona all'esercito francese, mossero il Consiglio di sanità militare della Repubblica ad instituire studj sull'argomento, che vennero raccolti dal prof. Colin, e fatti oggetto di una pubblicazione speciale e di una comunicazione all'Accademia di medicina di Parigi.

L'Autore in seguito all'esame dei fatti è venuto alle seguenti conclusioni:

1.° Se i militari sono colpiti dalla febbre tifoide con maggiore frequenza, che gli abitanti delle, città nelle quali esse tengono guarnigione, ciò non autorizza a considerare tale fatto come il risultato di speciali focolaj morbosi generati dal medesimo elemento militare.

2.° Il predominio della febbre tifoide nell'esercito dipende soprattutto dal grado di *recettività* speciale all'agglomerazione di uomini giovani, robusti, e non abituati al soggiorno delle città. Se si potesse levare dall'insieme di una popolazione i bambini, i vecchi, i cachettici, e quelli che per età o per salute sono relativamente non proclivi a questa malattia, si aumenterebbe certamente la probabilità di esserne colpiti a coloro che costituirebbero il nucleo di tale scelta. Queste probabilità toccherebbero il loro massimo quando, come nell'esercito, si sottomettesse tale popolazione così ridotta, all'influenza della vita in comune ed alla residenza in un gran centro di popolazione.

3.° Se l'esercito francese fu considerato lungamente come più soggetto alla febbre tifoide che gli altri eserciti, quest'opinione indica la lentezza di diffusione delle scoperte della Scuola francese, la quale per la prima ha saputo stabilire i caratteri clinici ed anatomici di tale malattia.

4.° L'accrescimento della mortalità dell'esercito per febbre tifoide non è il risultato di una insalubrità maggiore dell'ambiente militare, ma di una più considerevole recettività del *virus* medesimo. Questo aumento di recettività dimostra l'influenza delle predisposizioni dell'organismo nella costituzione degli ambienti epidemici. D'altra parte se la febbre tifoide trova più favorevole condizione di sviluppo attualmente nell'esercito francese perchè composto di elementi più giovani, si ha d'altra parte il compenso di veder diminuire d'altrettanto le affezioni proprie ai vecchi soldati. Così i risultati della statistica ufficiale stabiliscono una diminuzione notevole nella mortalità per tisi polmonare, diminuzione largamente compensatrice, perchè in complesso la mortalità totale dell'esercito continua a diminuire di anno in anno.

5.° La moltiplicità delle influenze tifogene, il loro accumularsi durante le epidemie molto gravi, il loro scindersi ed attenuarsi nei reggimenti sottratti ai mezzi morbosi, sembrano indicare, che la causa della malattia è essa medesima complessa, e decomponibile, e che non consta di un agente unico preformato ed avente gli attributi delle cause esclusive e specifiche.

6.° L'immunità relativa degli eserciti in campagna dimostra, che l'estrema recettività del soldato non basta alla creazione spontanea della

malattia, della quale certe condizioni speciali all'atmosfera delle grandi città, sembrano essere la causa più efficace.

7.° I risultati ottenuti nell'esercito per mezzo dello sgombro dei focolaj morbosi potrebbero essere il punto di partenza di analoghe misure per la pololazione civile. Nulla è tanto doloroso a leggersi, quanto le relazioni di epidemie limitate ad una sola abitazione o ad un gruppo di abitazioni, senza che siasi pensato a sottrarre le vittime all'influenza di un ambiente mortifero.

8.° La riunione di un numero considerevole di vajolosi, come degli ottomila soldati affetti da vajolo raccolti nell'Ospedale di Bicêtre, non porta nocumento alle popolazioni circostanti; epperò non riesce dannosa la creazione di speciali ospedali per i vaiolosi. Ma per la febbre tifoide bisogna sostenere la tesi opposta; ed adottare amplamente come misura sanitaria non solo per la popolazione militare, ma anche per la popolazione civile, il sistema della evacuazione del focolajo tifogeno.

Société de médecine publique et d'Hygiène professionnelle. (*Società di medicina pubblica e d'igiene professionale*).

A Parigi si è costituita la Società d'igiene sotto la presidenza del prof. Bouchardat. Scopo di tale Società è quello di approfondire gli studj per la soluzione dei tanti problemi d'igiene pubblica, di polizia medica, d'igiene internazionale, d'epidemiologia, di climatologia, d'idrologia, di statistica medica, e particolarmente d'igiene delle professioni, in una parola di tutte le quistioni, che fanno capo alla medicina sociale.

Nell'occasione della prima riunione della Società il dott. Lacassagne, che ne è il segretario generale, pronunciò un breve discorso nel quale espose le basi e l'organizzazione della società. Egli così tracciò a grandi linee il compito delle sei sezioni, nelle quali la società stessa fu suddivisa.

La 1ª Sezione farà oggetto de' suoi studj la meteorologia, la climatologia, la geologia, l'idrologia. È lo studio delle forze fisiche, che l'uomo deve cercare di utilizzare La geologia igienica è un campo affatto nuovo; gli studj sull'ozono devono essere rincominciati.

Nella 2ª Sezione si studieranno gli argomenti relativi all'epidemiologia, all'igiene internazionale, alla polizia sanitaria.

La 3ª Sezione si occuperà dell'igiene privata, onde riconoscere qual sia l'influenza del sesso, dell'età, della costituzione sulla salute e sulle malattie. A questo argomento si annettono quelli relativi alle nutrici, al matrimonio, alla famiglia, all'alimentazione.

La 4ª Sezione sotto il titolo d'Igiene pubblica comprende l'igiene delle città e quella delle campagne, e rivolge la sua attenzione alle fogne, agli scoli delle acque, alle latrine, ai letamaj, ai cimiteri, ai macelli, ecc. e quindi anche alla costruzione delle abitazioni private e dei pubblici edifizi; e per tutto questo si fa appello al concorso volonteroso degli ingegneri.

Ma l'igiene deve tener di vista anche le varie industrie, onde non

riescano di nocumento; e studiare inoltre a quali danni vadano incontro gli operai nell'esercizio dei diversi mestieri o professioni. È questo il soggetto della 5ª Sezione, che deve occuparsi dell'Igiene professionale ed industriale.

Alla 6ª Sezione finalmente è riservato l'ampio campo della statistica demografica e medica.

La Società francese d'igiene nacque dietro l'esempio di simile Società sorta recentemente nel Belgio; la quale a sua volta fu fondata ad imitazione delle numerose Società d'igiene e di Beneficenza, che da molti anni esistono in Inghilterra, il paese ove si ha la maggior cura della salute e della vita degli abitanti.

La nuova Società d'Igiene ha già organizzato in Parigi un primo laboratorio d'analisi e di saggi. Questo laboratorio è destinato ad eseguire tutte le ricerche che interessano l'igiene, ad analizzare le acque potabili, il vino, gli alimenti, il latte messo in vendita o d'una nutrice, i condimenti, le sostanze cosmetiche, ecc. In esso si potrà pure procedere all'analisi dell'orina d'un malato, all'esame della natura d'un calcolo. Cotesto laboratorio potrà essere consultato utilmente anche da chi attende alle industrie ed ai commercj.

La Società d'Igiene si fece promotrice di un Congresso internazionale d'Igiene, che si terrà in Parigi dal 1.° al 10 agosto.

Anche a Pietroburgo ed a Milano, seguendo il lodevole moderno indirizzo, si stanno instituendo durante quest'anno Società di pubblica Igiene. (V. *Annali*, *Parte Rivista*, vol. 245, pag. 394 e 572. — *Società italiana d'igiene. — Congresso internazionale d'Igiene a Parigi*).

RIVISTA SIFILOGRAFICA

del dott. CARLO PADOVA.

Ed. Cock — *Qualche considerazione sulle ulceri sifilitiche primitive.*
Giné — *Fagedenismo di forma lupiginosa curato col farmaco del Pollini.*
Pirocchi — *L'applicazione del Tayuya nella cura dell'ulcero fagedenico, delle piaghe scrofolose e delle blennorragie.*
Scilling — *Caso di sifilide papulo-tubercolare.*
Noeggerath — *Della blennorragia latente, particolarmente al punto di vista della sua influenza sulla fecondità della donna.*
Fournier — *Della pseudoparalisi generale di origine sifilitica.*
Mickle — *Ricerche sulla sifilide negli alienati.*

Cantani — *Sifiloma alla base del cervello in un adulto.*
Mauriac — *Sull'afasia ed emiplegia destra sifilitica a forma intermittente.*
Pellizzari — *Della sifilide cerebrale ed in particolar modo delle lesioni arteriose da sifilide nel cervello.*
Fournier — *Dell'atassia locomotrice sifilitica.*
Dejerine — *Atrofia muscolare e paraplegia in un caso di sifilide maligna precoce.*
Dalby — *Disturbi di udito di origine sifilitica.*
Moos — *Sulle lesioni anatomiche del labirinto nella sifilide secondaria.*
Goutard — *Della leontiasi sifilitica.*
Fournier — *Delle glossiti terziarie.*
Barone — *Di un caso di laringopatia ulcerosa sifilitica.*
Robinson — *Nota sulla tisi sifilitica.*
Lancereaux — *Nota sopra un caso di sifilide polmonare.*
Thompson — *Sulla tisi sifilitica.*
Tiffany — *Sifilide polmonare.*
Colomiatti — *La sifilide nella produzione della tisi.*
Zannini — *Sopra un caso di adenopatia mesenterica da sifilide.*
Dal Monte — *Idrope ascite per idremia da sifilide.*
Parrot — *Colpo d'occhio sulla sifilide ereditaria.*
Porak — *Sifilide ossea ereditaria.*
De Amicis — *Sulla trasmissibilità della sifilide per mezzo del latte.*
Rosmini — *Il farmaco del Pollini in alcuni morbi sifilitici oculari.*
Gamberini — *Il nuovo regolamento di Bruxelles per la sorveglianza della prostituzione.*
Marchiafava — *Note anatomo-patologiche sulla sifilide congenita ed ereditaria.*

Qualche considerazione sulle ulceri sifilitiche primitive; del dottor E. Cock. (*Revue de scienc. méd.* 15 janvier 1878).

Le ulceri sifilitiche sono molto varie nell'apparenza di gravezza secondo la loro sede, e secondo la tessitura della regione dei tegumenti ove si sviluppano.

Nel pronostico dunque non è indifferente l'aver riguardo ad un ulcero posto in un luogo privo di tessuto congiuntivo lasso, ed al contrario duplicato per uno strato di tessuto sottocutaneo molto estensibile.

Secondo l'Autore più l'organo ove si sviluppa l'ulcero è di tessitura compatta, meno gravi ne sono le conseguenze ulteriori. Così le ulceri poste sul glande si accompagneranno di rado di accidenti secondarii serii; qualche macchia di roseola, leggier grado di adenopatia e null'altro.

Al prepuzio l'affezione sarà più grave, e ciò tanto più se la situazione dell'ulcero si avvicinerà al fondo cieco balano prepuziale e al

corpo del pene. Ancora più grave sarà se l'ulcero si sarà sviluppato sulla pelle della verga principalmente se in vicinanza al pube.

Le ulceri della base del glande sono intermediarii per la gravezza fra queste due categorie; quelli che contornano la corona del glande, e corrispondono all'inserzione del prepuzio sono in generale tenaci e si indurano maggiormente, ed è quasi impossibile evitare gli accidenti secondarii. Così è anche delle ulceri della base del frenulo.

Fagedenismo cronico di forma lupinosa curato localmente col farmaco Pollini; del dott. GINÉ. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1877).

Verso la metà di gennajo 1875 un giovane di 19 anni, linfatico, fu accolto nella Sala dei sifilitici a Barcellona per bubbone all'inguine destro da ulcero virulento. Il bubbone piuttosto esteso si apriva da sè e veniva curato con lozioni di vino aromatico fenicato. L'ulcero stato medicato anteriormente con unguento mercuriale si fece fagedenico, ed in pochi giorni si estese da una linea tirata dall'ombelico alla spina iliaca anterior superiore, che inferiormente arrivava passando lateralmente allo scroto fino al perineo. I ganglii erano completamente allo scoperto e come disseccati al fondo dell'ulcero. Provate tutte le cure ordinarie senza vantaggio si ricorse al farmaco del Pollini, che non essendovene in abbondanza si adoperò solamente sulla località per uso esterno, col successo di veder arrestato il processo ulcerativo. Gli unguenti furono sempre di danno.

Nell'anno dopo il paziente era presso a poco nelle medesime condizioni, tranne che l'ulcerazione presentava delle isolette cicatrizzate ai bordi. Poco dopo però il processo fagedenico riprese il sopravvento e progredì moltissimo in estensione e profondità, che si arrestò colla china e col carbone in polvere. Usato per inavvertenza ancora l'unguento napoletano si ebbero di ritorno danni rapidissimi ed estesi in modo da minacciare la vita dell'individuo. Allora si fece uso di nuovo delle polveri Polliniane nel modo seguente: mattina e sera si spolverò la piaga con questo farmaco, impiegandone in complesso una terza parte di boccetta, le altre due parti si amministravano in due volte internamente. Dopo due giorni soli l'ulcero si era modificato in modo notevole ed in 25 giorni era guarito completamente.

L'applicazione del Tayuya nella cura dell'ulcero fagedenico, delle piaghe scrofolose e della blennorragia; Comunicazione del dott. PASQUALE PIROCCHI. (*Giorn. Ital. ecc.*, dicembre 1877).

Il dott. Pirocchi pubblica 5 osservazioni riguardante l'applicazione esterna della tintura di Tayuya con buon effetto. Eccoli:

Osservazione 1ª. — Trattasi di un'ulcera balano-prepuziale che ad onta di 17 cauterizzazioni col nitrato d'argento, e medicazione con acqua fagedenica, percloruro di ferro, solfato di rame, ecc., ecc., si andava sempre estendendo in superficie ed in profondità e minacciava di invadere

il canale uretrale. Prima di ricorrere al ferro incandescente l'Autore tentò la tintura di tayuya per via esterna.

Applicò quindi della filaccia imbevuta in una diluzione di detta tintura per tre volte al giorno, continuando internamente l'uso dei sali ferruginosi. Al secondo giorno di questa medicazione fuvvi sensibilissimo miglioramento, pel color roseo della granulazione, e leggier cicatrice dalla periferia al centro della piaga, talche in 10 giorni l'infermo fu completamente guarito e dimesso dall'ospedale.

Osservazione 2ª. — Vasto ulcero fagedenico al gran labbro destro, già in cura da due anni senza risultato, e che resistè anche al ferro rovente. La medicazione col tayuya lo guarì completamente in brevissimo tempo.

Osservazione 3ª. — Ipertrofia dei gangli latero-cervicali del collo, intumescenza che si estendeva ai tessuti periglandulari, che formano un tumore grosso come un pugno di uomo adulto indolente e coperto da cute iperemica. Nella parte centrale di questo tumore eravi una piaga rosso-sporca, lardacea, frastagliata ai margini della grandezza di un pezzo da due soldi, penetrante per 2 centimetri con un seno fistoloso in un ganglio suppurato da cui gemeva materia siero-purulenta e detritus di necrosi. Sulla regione omonima altri tre gangli ingrossati ciausuno quanto una noce, ed aderenti. Nessun vantaggio dalle varie e molteplici medicazioni per uso interno ed esterno. Amministrazione della tintura di tayuya diluita in dose progressiva fino a trenta goccie dopo 10 giorni per uso interno, ed applicazione della stessa sulla piaga per mezzo di filaticcio. Dopo 4 o 5 giorni totale modificazione dell'aspetto di questa, che al decimo era ridotta alla metà ed al ventesimo perfettamente chiusa, con riduzione del tumore ad un terzo del suo volume. Due injezioni ipodermiche di un grammo di tintura diluita nelll'interno dei gangli dalla parte omonima, leggerissima reazione, e riduzione quasi completà delle iperplasie glandulari:

Osservazione 4ª. — Applicazione della tintura di tayuya in una piaga fagedenica già modificata dalla pasta di Canquoin, con prontissima guarigione.

Osservazione 5ª. — Blennorragia in cui l'Autore tentò le injezioni di tintura diluita di tayuya, 2 volte al giorno, e per 10 giorni circa, avendo per risultato la stazionarietà dello scolo, per cui ricorse al balsamo di copaive.

Da questi fatti l'Autore deduce che la tintura di tayuya è efficace usata topicamente e come eccitante, ciccatrizzante ed antisettica, non solo nelle piaghe scrofolose e sifilitiche, ma anche nelle atoniche. Dice la tayuya un tonico-astringente che potrebbe nel fagedenismo forse contendere il primato allo stesso ferro incandescente (!) Però conviene che prima di dire l'ultima parola occorrono altri esperimenti. E massime, soggiungiamo noi, colla tintura aquosa anzichè coll'alcoolica.

Caso di sifilide papulo-tubercolare; del dottore Schilling. (Dal *Resoconto statistico-clinico dell'Ospitale di S. Gallicano in Roma dell'anno* 1877. Bologna, 1878, pag. 19).

Un campagnolo d'anni 68, era stato colto 40 anni prima da blennorragia, indi da ulcero del quale non sapevà indicare la natura; soffriva poscia di eruzione alla superficie interna delle coscie ed allo scroto, da dolori reumatoidi esacerbantisi specialmente di notte. Solamente nell'anno antecedente all'epoca in cui il dott. Schilling lo visitava, dopo essere stato per più ore esposto a pioggia dirotta il malato incominciò a soffrire di dolori alle dita grosse dei piedi seguito da una eruzione di placche lunghe, irregolari, di colore rosso cupo bluastro, pruriginoso, che il paziente non sapeva bene definire e che occuparono tutto il dorso dei piedi, ed in seguito quello delle mani.

L'Autore trovava delle rilevatezze dermiche in forma di tanti noduli, della grandezza di un cece ed altre più piccole, di figura rottondeggiante, disposte a chiazze più o meno grandi, più o meno confluenti, di colorito rosso livido tendente al bluastro, con infiltramento della pelle in alcuni punti assai marcato; al petto ed alle spalle riscontrava delle vere macchie eritematose di varia grandezza e pochissimo rilevate sulla pelle dovute al riassorbimento da noduli stessi. Questa eruzione vedevasi sparsa irregolarmente su tutta la superficie del corpo ad eccezione che al collo ed alla faccia, che però era eritematosa, esistendone qualche traccia appena alla superficie esterna del padiglione destro.

Oltre a ciò riscontravansi ganglii epitrocleari plejadi inguinali, ed alcuni gangli non risparmiavano il collo, sebbene esente da eruzioni. Continuavano i dolori reumatoidi notturni specialmente lungo la tibia, il deperimento per altro non era molto avanzato.

L'esame microscopico di uno di quei tubercoli mostrava nessuna lesione apprezzabile nel corpo di Malpighi, se si eccettui un leggero assottigliamento; le cellule epiteliali dell'ultimo strato di esso vedevansi maggiormente cariche di pigmento. Nel derma, oltre la presenza del pigmento raccolto qua e là in ammassi fra le maglie si riscontrava un infiltramento di giovani cellule, colorantisi intensamente col carminio, in alcuni punti in veri ammassi simili e quelle delle granulazioni in vicinanza ed attorno ai capillari cutanei. Anche le anse vascolari ne erano ripiene, mostrandosi il lume vasale obbliterato per proliferazione dell'endotelion a diverso grado di sviluppo. Ove il processso patologico poi era più innoltrato questi ammassi assai grandi erano colpiti nel centro dalla degenerazione caseosa.

Si trattava adunque di un processo di cronica infiammazione della pelle analogo a quello che si riscontra per causa specifica, quali la sifilide e la scrofola, facendo, nel caso concreto, la degenerazione adiposa credere più alla prima che alla seconda, tanto più dopo le cognizioni anamnestiche ed il corredo dei sintomi concomitanti non bastando la pura istologia a distinguere se una alterazione abbia tenuto

dietro ad una infiammazione semplice piuttosto che ad una causa specifica. Perciò l'Autore contrariamente alla diagnosi da altri emessa di *eritema essudativo multiforme cronico* credette trattarsi di *sifilide papulo tubercolare*. La prontezza dei benefici effetti ottenuti poi mediante una sola injezione sottocutanea con 15 centigrammi di calomelano, che egli pure trova nelle dermatosi sidlitiche di una utilità innarrivabile avrebbe potuto convalidare la diagnosi, se il dott. Schilling non fosse per esperienza propria venuto nella convinzione che il calomelano in particolare modo per injezioni sottocutanea, agisce come risolutivo ed anti-plastico, talchè la sua azione benefica si spiega ancora in molte altre forme dermatiche, prodotte da irritazione cronica della pelle. I casi che espone lo dimostrano chiaramente, e ci riserviamo di parlarne nella prossima rivista di dermatologia.

Della blennorragia latente, particolarmente dal punto di vista della sua influenza sulla fecondità della donna; del dott. Emilio Noeggerath, (*Trans. of the Amer. gynec. Soc.* 1876, e *Revue des Sciences med.* 1878 15 gennaio).

Ecco il caso: N. N. contraeva a Nuova Jorck una blennorragia e se guariva in due mesi.

Un anno dopo ritornava in Europa e sposava una giovane tedesca sana e robusta. Tre mesi dopo questa donna si lagnava di dolori lombari, non poteva attendere alle sue occupazioni, nè passeggiare senza grande fatica. Le mestruazioni che erano sempre state regolari si fecero dolorose, profuse, ed erano seguite da leucorrea. La emissione dell'orina divenne frefrequente e qualche volta dolorosa. A poco a poco, la leucorrea si fece permanente e due mesi dopo lo scolo avea preso il color verdastro. L'ammalata aveva una perimetrite acuta.

Un anno più tardi consultava l'Autore per sterilità accusando dolori al dorso e nel lato destro. L'utero si trovò affetto da latero-versione ed antiflessione dolorosa, il collo ne era rosso, eroso, e coperto da muco giallastro.

L'Autore di casi simili ne ha raccolti 105, e conclude:

1° La blennorragia nell'uomo come nella donna persiste indefinitivamente in certe parti dell'apparecchio genitale, malgrado l'apparenza di guarigione;

2° Vi ha una forma di blennorragia, che si può nominare blennorragia latente, tanto nell'uomo che nella donna;

3° La blennorragia latente nell'uomo o nella donna può comunicare la blennorragia acuta o cronica a una persona sana;

4° La blennorragia latente nella donna, sia o no la conseguenza di una blennorragia acuta, può passare dallo stato latente ad uno stato acuto, e manifestarsi allora sotto forma di perimetrite acuta, cronica o ricorrente, di ovarite o di catarro di certe parti dell'apparecchio genito-orinario;

5° La blennorragia latente facendosi apparente nell' uomo si manifesta sotto forma di blennorrea o di epididimite;

6° Circa 90 per 0|0 di donne incinte hanno per marito un uomo che in qualche epoca della loro vita ha contratto una blennorragia.

Della pseudo-paralisi generale d'origine sifilitica; del dott. A. Fournier. (Paris, Delahaye 1878).

L' Autore si propone di risolvere il seguente quesito: Evvi si o no una paralisi generale che possa dipendere dalla sifilide?

In generale dagli scrittori o non è ammessa o la è solo in via affatto eccezionale. Però alcuni pochi vi credono, anzi secondo Coffin la sifilide sarebbe la *causa più frequente* di un *certo ordine* di paralisi generale precoci. L' Autore in questa discrepanza d'opinioni ricorre all'appoggio di un attento esame clinico e sostiene che veramente vi è una forma di paralisi di pura origine sifilitica.

I fatti descritti come di paralisi generale sifilitica sono di due sorta:

1° Quelle sviluppate in soggetti sifilitici;

2° Fatti che si assomigliano alle paralisi generali ma non ne hanno tutti gli attributi.

Le prime però si sviluppano troppo di rado perchè si possa farne un'entità patologica in stretta relazione o dipendenza dalla sifilide.

Le seconde, ed è di queste che si interessa l'Autore, vengono da lui chiamate con nuova denominazione *Pseudo-paralisi generali di origine sifilitica*. Esse si distinguono:

1° Per *disturbi intellettivi* e *disturbi motori*;

2° Per sintomi varii, come vertigini, cefalalgie; congestioni, accessi epilettici, maniaci, disturbi sensorii, ecc.

3° Per altri fenomeni più o meno variabili come sarebbero: disturbi congestivi, balordimento e dolore di testa abbagliamento, stordimento, vertigini, disturbi sensorii, ecc.

Una storia che l' Autore riferisce presenta i caratteri suddescritti, senza però mai passare al grado della vera paralisi generale. In questo caso il bromuro di potassio era stato inutile, ed invece fece buona prova il joduro dello stesso metallo.

Di consimili casi se ne vedrebbero non pochi ma verrebbero classificati nella paralisi generale degli alienati.

Anche l'anatomia patologica concorre a trovare questa analogia. Il prof. Fournier come altri, ebbe l' opportunità di fare delle autopsie di soggetti sifilitici già in preda a manifestazioni suddescritte e trovò lesioni delle meningi, come ispessimento, iperplasie, opacamento, ecc., non che della sostanza grigia, forte aderenza di essa alle meningi, ed infiltramento, rammollimento, degenerazione, ecc.

Vi sono però anche caratteri differenziali spiccati. Nei sifilitici vi è eccitamento cerebrale, eccitamento con ebetudine, delirio, ed anche passaggero delirio maniaco, ma non vi sono i disturbi di delirio particolari, speciali come nella paralisi generale. Il delirio non è mai di vanità o di

grandezza, vi sarà un po' di enfasi nel parlare della propria salute, della propria forza, ma null'altro, ma non si avrà mai la vera manìa di grandezza propria della paralisi generale.

Nella sifilide cerebrale sono molto frequenti i disturbi motori di ordine paralitico. Il tremito delle mani, delle membra ed anche della lingua si osserva alcune volte ma in modo affatto differente, principalmente per intensità, di quella della paralisi generale in cui assume un aspetto caratteristico. Frequentissime le paralisi vere (emiplegie, emiplegie facciali, oculari, ecc.), cioè veri attacchi alla potenza motrice, mentre nella paralisi generale non vi sono vere paralisi, là gli ammalati si muovono, si agitano, non hanno impedita la forza muscolare.

Nelle sifilidi cerebrali frequentissime sono le paralisi parziali e le emiplegie, niente di simile nella paralisi generale.

Sonvi altri criterii differenziali. Il modo d'insorgere e l' evoluzione della malattia nella sifilide cerebrale indicano una lesione cerebrale localizzata, nelle paralisi generali sintomi di disorganizzazione cerebrale.

Nella paralisi generale havvi corso morboso definito, evoluzione progressiva a periodi, nella sifilide cerebrale variabilità eccessiva di sintomi, di successione di fenomeni e di durata.

Lo stato generale dell' ammalato nella paralisi generale conservasi buono, integre sono le funzioni nutritive fino a periodo avanzato, mentre nella sifilide cerebrale lo stato generale si altera presto; lo scoloramento della cute, il dimagramento notevole, le modificazioni nell'abito esterno nella fisonomia fanno assumere al paziente il così detto abito *sifilitico*, senza notare poi lo stadio di cachessia sifilitica.

Il grado di curabilità poi è diversissimo. La prima presentasi assolutamente incurabile, l'altra se non facilmente sanabile, per lo meno non assolutamente incurabile.

Anche l'anatomia patologica presenta differenze essenziali. Nella paralisi generale la lesione predominante risiede nella sostanza grigia alterata estesamente e profondamente, mentre le meningi sono affette in modo secondario. Nella sifilide invece il fatto predominante è l' alterazione delle meningi e relativamente quella della sostanza grigia sembra minore. Ad ogni modo lo è sempre in modo circoscritto meno esteso e meno grave. Insomma ciò che domina in questa malattia è la meningite iperplasica, la sclerosi meningea, e quando l'Autore, anzichè chiamare la malattia dalla sintomatologia esterna, avesse aggiunto l'epiteto di sifilitica all'una od all'altra di queste denominazioni, avrebbe già nel titolo fornita un'idea più precisa dell'affezione.

Ricerche sulla sifilide negli alienati; del dott. J. Mickle. (*The Brit. and foreign med. chir. Review.* Londra, aprile 1877 e *Revue de Sciences méd.* ottobre 1877).

D'accordo con Fournier il dott. Mickle in questa memoria dimostra pure che la sifilide non è una causa della paralisi generale.

Le due forme di paralisi generale e la paralisi generale sifilitica vanno ben distinte.

Nella paralisi sifilitica i disturbi mentali sono preceduti spessissimo da alterazione della mobilità e della sensibilità; si manifesta presto la nevralgia facciale, la nevrite ottica, con anestesie locali, cefalea notturna, ecc. Le convulsioni generali si manifestano molto più presto che nella paralisi generale, mentre sono maggiori l'insonnia ed i dolori osteocopi; così pure sono frequenti l'afasia accompagnata da accessi apoplettiforme, da sintomi di anemia profonda, di cachessia specifica. Sono invece leggieri od anche mancano, l' imbarazzo della parola, i tremiti fibrillari dei muscoli della faccia e della lingua. L'età pure fornisce un dato prezioso, perchè la paralisi generale è rarissima prima dei 25 anni, mentre la forma di paralisi sifilitica si può osservarla prima di questa età.

Nel periodo di stato la sifilide cerebrale può in principio accompagnarsi di lipemania, che passa facilmente a demenza, però è più facile avere diminuzione che distruzione dell'intelligenza, piuttosto che marcata perdita di memoria, confusione di idee tendenza all'incoerenza, meno frequenti gli accessi di agitazione e l'andamento della malattia più irregolare e complicata facilmente da sintomi di alterata motilità, convulsioni, contratture, paralisi, disturbi di sensibilità, insonnia, irritabilità di carattere.

Nella sifilide cerebrale le alterazioni della favella non sono mai così durevoli, spiccati, diuturni e di cattivo esito come nella paralisi generale. Del pari l'ebetudine della fisionomia è meno appariscente, frequenti sono le alterazioni endo-oculari. Le paralisi endo-craniche sono più comuni nella paralisi generale, nella sifilitica invece le forme emiplegiche e paraplegiche incomplete, e la contrattilità elettro-muscolare ne soffre poco o punto.

Nel periodo più inoltrato predominano gli accessi epilettiformi le contratture e le paralisi consecutive più persistenti. Non si riscontra mai l'osteomatoma.

Altro criterio diagnostico d'importanza si è l'influenza della cura specifica.

Quando nella sifilide cerebrale vi è delirio accompagnato da disturbi psichici, questi non sono mai così forti, e spiccati come nella paralisi generale, nella quale ultima forma il polso sarà più forte e più duro, ed il calore meno alterato.

A ciò si aggiunga la sovraccennata differenza nelle lesioni anatomopatologiche.

Sifiloma alla base del cervello in un adulto, Dalla Clinica medica del prof. CANTANI. (*Morgagni*, gennaio 1878).

Forma soggetto di questa storia un uomo di 30 anni. A venti soffriva di blennorragia, e subito dopo contrasse un ulcero che fu seguito da dolori di gola ed alle ossea non che da caduta de'capelli. Da un anno pre-

sentava indebolimento della vista ad ambedue gli occhi che andava crescendo, cui si aggiunse debolezza dell'arto superiore destro ed indi dell'inferiore del medesimo lato.

Accolto nella Clinica del prof. Cantani presentava paralisi incompleta del 3° pajo dei nervi cerebrali a sinistra, paresi del 6° a destra ed atrofia della papilla del nervo ottico in ambedue gli occhi. In relazione a questi fatti stavano paresi della guancia destra, balbuzie, deviazione della lingua a sinistra, debolezza nell'arto superiore destro, e dell'inferiore dello stesso lato, ed anche del sinistro ma in grado minore; iperestesia a sinistra, sensibilità termica ed elettrica più marcata a sinistra; tremori generali dopo aver camminato, dolori leggieri alla spina sotto la corrente elettrica. Qualche volta la defecazione era involontaria; involontarie pure le erezioni genitali, e diminuzione dell'intelligenza e della memoria.

Il prof. Cantani da questi sintomi dedusse esistere nell'infermo fenomeni di eccitamento e di depressione, con prevalenza di questi, per cui si doveva pensare più ad un processo di lesione anatomica della sostanza nervea che ad un processo di iperemia, e da riferirsi ad un focolajo che mano mano si fosse esteso un processo lento e cronicamente progressivo, distrutto alla base del cervello in corrispondenza di un lobo posteriore in prossimità del punto del Varolio e dei corpi quadrigemini e peduncoli cerebellosi nella linea mediana con prevalenza a sinistra. Come complicanze notava i disturbi circolatorii del cervello da cui la diminuzione dell'intelligenza. Dall'alterata sensibilità del cervello per edema e stasi collaterali provenivano le involontarie dejezioni alvine, e gli eccitamenti sessuali da uno stato irritativo esteso ai peduncoli cerebrali ed al cervelletto.

Quanto a determinare la natura del processo, il decorso lento progressivo deponeva per un tumore cerebrale neoplastico, e nel caso presente per un sifiloma avente sede nella massa del cervello stesso che non nelle ossa del cranio perchè in quest'ultimo caso si avrebbero anche alterazioni nella sensibilità e nella motilità coll'applicazione della corrente elettrica.

La prognosi in base alla speciale natura del male, fu felice.

La cura venne praticata colle frizioni mercuriali, fatte in dose più debole delle ordinarie ma in numero molto maggiore, perchè qui si trattava di manifestazioni croniche e tardive contro le quali bisognava fare una cura cronica, e per non essere obbligati ad interromperla, e per non veder recidivare le manifestazioni. Adoperò mezzo grammo di unguento napoletano per frizioni a giorni alterni, e per la durata almeno di tre mesi; mentre per uso interno amministrò il joduro di potassio coadjuvando la cura in gargarismi di acido tannico, e l'amministrazione di una dieta azotata e del ferro dialisato di Bravais.

Sull'afasia ed emiplegia destra sifilitica a forma intermittente; del prof. Carlo Mauriac. Parigi 1877. (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1878).

Un giovane di 28 anni, nato da sani parenti e che aveva goduto sempre buona salute contraeva nel novembre 1873 un ulcero infettante susseguito da plejade inguinale con sintomi acuti. Ai primi di gennajo 1874 gli si manifestarono placche mucose alla bocca, alle fauci, ed allo scroto, adeniti sotto mascellari, difficoltà nella masticazione e nella loquela. Non si vide altra eruzione alla pelle per cui l'Autore crede che la roseola sia passata inosservata.

Dopo circa quattro mesi l'ammalato poteva dirsi guarito mediante pillole di mercurio, liquore del Van-Swieten, e cauterizzazioni jodiche delle placche.

Verso gli ultimi di agosto però insorgeva una nuova eruzione di placche mucose alla superficie interna del naso, il quale si fece gonfio e dolente. Veniva medicato con pomata di precipitato rosso, e somministravaglisi internamente il bijoduro di mercurio iodurato.

Un anno dopo presentava una gomma alla regione sopracigliare destra, che suppurava lasciando cicatrice depressa molto visibile. Nel frattempo apparivano due o tre larghe pustole di rupia alle estremità inferiori e placche mucose alla cavità della bocca. Venne dato ancora il sciroppo di bijoduro di mercurio iodurato.

Nel febbraio 1875 l'ammalato andava guarendo di queste forme, ma cominciò ad accusare cefalalgie quasi continue estese a tutto il cranio, ed insonnia. Nel marzo a queste si aggiunse altra eruzione di placche mucose alla bocca ed alla faringe, che furono susseguite da eruzione crostacea del cuojo capelluto o da alopecia. Nel luglio i dolori alla testa crebbero, peraltro fugaci, intermittenti e per la prima volta si manifestò debolezza nelle dita della mano destra, che in seguito si estese anche al braccio corrispondente, la faccia pure ne fu presa per cui deviava a sinistra, ed anche la gamba destra per cui era difficoltato il movimento.

Questo senso di debolezza veniva ad accessi, che duravano pochi minuti e si ripetevano più volte al giorno.

Di lì a non molto tempo e coll'istesso carattere di intermittenza si aggiunse imbarazzo alla loquela, l'ammalato stentava a trovare le parole sebbene la lingua fosse fisiologicamente mobile. Incominciava pure a diminuire la memoria. Non vi furono mai nè fenomeni di eccitamento cerebrale, nè perdita di coscienza, bensì notavasi un indebolimento degli organi genitali.

Nel giorno 1° di agosto l'ammalato ad un tratto senza vertigini, nè barcollamento, nè perdita di coscienza cadde a terra senza poter proferire parola, e paralizzato al braccio ed alla gamba destra.

Questo accesso durò 20 minuti, passato il qual tempo la favella e la motilità tornarono benissimo in modo che l'ammalato potè proseguire

la sua passeggiata stata interrotta dall'accesso. Seguirono però presto tre o quattro altri simili attacchi.

Il giorno dopo l'ammalato era in preda a completa afasia ed emiplegia; fenomeni che scomparvero in una settimana.

Il 16 agosto nuovo attacco simile, accompagnato per la prima volta da localizzazione della cefalalgia al lato sinistro della fronte. Questa volta però i sintomi di paralisi persistettero continui per due settimane e solo ai primi di settembre l'ammalato potè, migliorato alquanto, alzarsi dal letto.

Nel giorno 1° ottobre ricoverò nell'Ospedale *du Midi*. L'ammalato camminava allora assai stentatamente trascinando la gamba destra, il braccio dello stesso lato era assolutamente inerte e la faccia era stirata a sinistra, la sensibilità diminuita, la memoria confusa, la parola lenta, imbarazzata.

Fu sottoposto alla cura del ioduro di potassio alla dose di 4 grammi al giorno, alla corrente elettrica ed ai bagni solforosi.

Verso la metà di dicembre fu assalito da nuova encefalopatia, da perdita di appetito e da lieve febbre, da melanconia, e da vertigini al punto che non si fidava più allontanarsi dal letto. Aveva sempre seguitato nell'uso del ioduro che in allora veniva sospeso, e pochi giorni dopo fu assalito da un nuovo attacco simile ai già descritti che durò senza intermittenza cinque o sei giorni e svanì a poco a poco. Verso la fine del mese il paziente si sentiva così bene che volle uscire dallo Spedale nei primi giorni dell'anno 1876.

Vi rientrava però il giorno 21 marzo in uno stato veramente compassionevole. Non poteva più rispondere alle domande che con gemiti e singhiozzi, aveva scialorrea, paralisi della gamba destra ed a stento muoveva il braccio destro, la lingua era mossa lentamente e la bocca era semi-aperta per la perduta tonicità dei muscoli delle labbra. Paralisi dell'ano e della vescica.

Sua madre disse che si era sentito bene tutto il gennajo e parte del mese successivo solo accusava leggera debolezza alla mano destra. Ma alla fine di febbraio il carattere dell'ammalato cominciò a modificarsi al punto che un giorno minacciò di morte la madre.

Simili accessi si ripeterono nello stesso giorno, sopravvennero vomiti e affanno di respiro ed alla sera l'ammalato mentre stava pranzando cadde e incominciò ad esprimersi con grande difficoltà. Al giorno dopo la loquela era affatto abolita, ebbe indebolimento generale del sistema muscolare, non poteva deglutire che sostanze liquide, evacuava urina e feccie senza accorgersene.

Nei primi di marzo migliorò alquanto, non tornarono gli accessi di furore, potè mangiare sostanze solide, persisteva però l'afasia e le facoltà mentali erano decadute così che per un nonnulla dava in pianto.

Entrato nell'Ospedale, il prof. Mauriac gli ordinò 4 poi 6 grammi di ioduro di potassio e gli fece applicare un setone alla nuca. Dopo otto

giorni circa di questa cura coadiuvata da qualche purgativo, dieta buona e riposo le funzioni psichiche erano corrette, ma tutti gli altri disturbi rimasero allo stesso punto di prima anzi la difficoltà alla deglutizione era aumentata.

Nell' aprile 1877 allora che l'Autore rivedeva l' ammalato, persistevano in esso molti disordini funzionali del cervello e sembravano definitivi. I muscoli delle labbra e della lingua funzionavano bene, ma l'afasia durava completa; l'occhio era intelligente, la memoria buona; la paresi più pronunciata al membro superiore.

Il prof. Mauriac, faceva diagnosi di *lesione sifilitica del lobo anteriore dell'emisfero cerebrale sinistro.* Secondo l'Autore con tutta probabilità le meningi erano affette da iperplasia sifilitica gommosa in corrispondenza delle circonvoluzioni frontali sinistre e nella scissura del Silvio. Che questa iperplasia aveva compresse, invase, congestionate ed infine rammollite le circonvoluzioni, il lobo dell' isola e la parte esterna della sostanza grigia del corpo striato. Così si spiegavano i disturbi della parola il cui governo sembra localizzata particolarmente alla terza circonvoluzione frontale sinistra, e l' emiplegia destra per la lesione dell' isola e del corpo striato.

Ad illustrare e confermare la diagnosi riportava gli studii in proposito di altri autori, principalmente di Tarnowsky, e parecchie osservazioni di afasia sifilitica in cui era stata fatta l'autopsia; faceva poi osservare che in nessun dei casi da questo Autore osservati si vidde la intermittenza dell'afasia così chiara come nel suesposto.

In quanto alla prognosi è inutile illudersi sulla gravezza dei descritti fenomeni, se l'afasia è sola senza paralisi sarà meno grave, quindi le emiplegie sono da temersi meno che i fenomeni di eccitazione muscolare e psichica. La rendevano meno grave nel malato di Mauriac, l'armonia sintomatica costante osservata nell'encefalopatia, le fasi di intermittenza indicanti che la polpa cerebrale non era del tutto disorganizzata.

Per la cura si somministrerà il ioduro di potassio a forti dosi, e perseverando per molto tempo, che se non può guarire sempre tutti i fenomeni può nondimeno attenuarli e limitarli assai. Questo medicamento non ha alcun azione preventiva generale. Il mercurio invece, secondo Jullien predisporrebbe alle sifilidi nervose. L'Autore conchiude che per quanto vi siano specifici per combattere le encefalopatie sifilitiche non si devono dimenticare i preziosi soccorsi della medicazione razionale diretta alle affezioni cerebrali in genere. Questa oltre una buona igiene esige l'uso delle sottrazioni sanguigne generali o locali, dei rivulsivi temporanei o permanenti, degli evacuanti, degli antispasmodici, degli eccitanti, ecc. Si diano gli specifici ma si curino inoltre le encefalopatie sifilitiche come le ordinarie.

Nell' illustrare la storia sovra esposta il prof. Mauriac riferiva un altro caso di afasia ed emiplegia destra intermittenti sifilitiche da lui osservato. Eccolo:

Una signora, sana, contrasse la sifilide nel 1870 e curata con preparazioni mercuriali subì varie recidive. Nel 1873 l'Autore la vide per la prima volta e notò placche mucose all'istmo delle fauci, inoltre seppe che durante la cura mercuriale aveva dimagrato molto e poi si rifaceva.

Nel settembre 1875 incominciava a provare abbagliamenti, capogiri, disturbi di vista. Questi ultimi non erano continui, ma si ripetevano frequentemente e coincidevano quasi sempre coi capogiri. Sotto l'uso del ioduro a 3 o 4 grammi al giorno a poco a poco i sintomi morbosi scomparvero ma dopo aver persistito sotto forma intermittente per 4 o 5 settimane. Ai 10 novembre 1875 la signora non presentava alcuna lesione da potere attribuirsi alla sifilide.

Ma scorsi tre mesi dopo alcuni giorni di sonnolenza senz'altro di male ebbe un accesso con perdita di coscienza, pianto, senso di soffocazione e paralisi della metà destra della faccia e degli arti dello stesso lato. Nello stesso giorno ebbe due altri accessi simili, con un intervallo di 20 minuti; e dopo poche ore ne ebbe un quarto più prolungato e seguito da perdita temporanea della parola. Due giorni dopo l'ammalata stentava a camminare ed a scrivere, presentava diminuita la forza muscolare negli arti di destra principalmente al superiore, l'emiplegia facciale era appena sensibile, la parola normale, le facoltà intellettuali sane.

L'Autore prescrisse il ioduro a 6 grammi al giorno; ciò non impediva che dopo altri tre insorgessero nausee, vomiti e due accessi di afasia ed emiplegia destra senza dolore al capo che lasciarono la paralisi appena manifesta agli arti destri, la parola e l'intelligenza presentavansi integre.

Scorsi 5 giorni l'ammalata sembrava ristabilita e si diminuì allora la dose del ioduro di 2 gr. al giorno. Al successivo sopravvennero fortissimi capogiri, che si ripeterono dopo altri due giorni, ma questa volta accompagnati da difficoltà della parola, e balbuzie. Un'ora dopo insorgeva altro attacco d'afasia che durava 4 ore mentre era intatta la coscienza e la sensibilità, senza spasmi e convulsioni. Il ioduro venne di nuovo portato a 6 grammi e da allora la paziente sembrava guarita completamente.

Ma dopo 10 mesi ebbe per qualche tempo frequenti vertigini e capogiri, difficoltà a camminare, imbarazzo della parola e debolezza al braccio destro. L'afasia durò 3 giorni, e la paresi per tutto il novembre. Allora riprese il ioduro di potassio.

Circa 4 mesi dopo presentavasi altro accesso di afasia, che durava dalle 4 alle 7 pomeridiane senza perdita di coscienza, nè paralisi; alle ore 8 altro accesso. Il giorno dopo tutto era cessato. Provava ancora qualche volta sussulti muscolari e granchi, che cessarono per circa un mese per non più comparire.

Anche in questo caso l'Autore dopo di aver escluso l'isterismo fece diagnosi di sifilide dei lobi cerebrali anteriori e particolarmente dell'anteriore sinistro.

Della sifilide cerebrale ed in particolare delle lesioni arteriose da sifilide nel cervello; di Celso Pelizzari. (*Lo Sperimentale*, N. 10 ed 11, 1877).

Una levatrice di 42 anni, all'età di 34 anni s'infettava di sifilide all'indice destro, dove si manifestava un ulcero primitivo, che curato con ripetute cauterizzazioni non cicatrizzava che dopo parecchi mesi. A questo tennero dietro sifilidi cutanee che scomparvero dietro cura specifica; dopo qualche tempo sopravvennero cefalalgia intensa, dolori vivi nelle membra, lipotimie, ottusità dell'intelligenza, perdita progressiva della memoria, difficoltà alla parola, disturbi di vista e dell'udito. Il giorno 25 marzo 1876 l'ammalata accusava mal'essere generale per cui era costretta ad andare a letto; il giorno seguente veniva trovata a letto coi sintomi apoplettici, la bocca stirata da una parte, le membra di destra paralizzate e con perdita della parola; dopo qualche ora successero convulsioni. Ebbe miglioramento dietro sanguisughe al capo, riacquistando la parola ed il movimento delle membra. Al giorno consecutivo si manifestavano accessi epilettiformi, che poi si ripeterono tutte le settimane e che ad ogni volta lasciarono paralisi dell'arto destro superiore e difficoltà alla parola.

Al suo ingresso nell'ospedale, che fu il 15 gennaio 1877, la paziente presentavasi molto indebolita, ed all'esame si notò paresi delle membra destre senza notevole alterazione di sensibilità. La parola era lenta, e difficile, e in preda ad afasia, demenza e mancanza di memoria. Le vennero praticate frizioni mercuriali e le fu amministrato il ioduro di potassio.

Alla fine di gennajo la paresi era scomparsa, lo stato generale di molto migliorato, le forze erano ritornate, così pure la memoria, la parola erasi fatta più spedita, gli accessi epilettiformi meno frequenti, di modo che dopo non molto tempo potè lasciare l'ospedale quasi del tutto guarita.

Il dott. Pelizzari credè di ritenere causa di questi disordini un'arterite sifilitica dell'arteria del Silvio sinistra. E ripetute a sostegno della sua diagnosi altre storie pubblicate, riferisce pure il risultato di due autopsie da lui fatte.

Uno riguarda un uomo giovane in preda a gravi fenomeni sifilitici, che venne a morte per sintomi polmonari. L'autopsia in questo caso dimostrò una endoarterite diffusa dei vasi retinici (il paziente era anche amaurotico), i quali erano obliterati in parecchi punti dalla proliferazione della tunica interna.

L'altra autopsia riguarda ad un uomo di 34 anni, che aveva presentato convulsioni, diminuzione dell'intelligenza, paresi del membro inferiore destro ed altri disturbi nervosi consecutivi ad infezione sifilitica. All'autopsia si trovò la dura madre giallastra, ed aderente per una certa estensione al lobo anteriore sinistro. E qui la sostanza corticale era atrofica e giallastra. La pia madre edematosa. Le pareti delle

arterie del Silvio e del tronco basillare ispessite. Alcune delle branche della detta arteria di sinistra era otturata in certi punti da grumi antichi. Al livello della divisione di queste arterie si riscontravano qua e là dei piccoli nodi indipendenti dalle tonache arteriose, del volume di una capocchia di spillo a quello di un pisello della struttura microscopica delle gomme sifilitiche. In altre le arterie ammalate erano la sede di un'arterite diffusa, che aveva invasa tutte le tonache, sebbene più marcata sull'interna. La tonaca media qua e là presentava la reazione della degenerazione amilacea. Queste alterazioni non erano diffuse su tutta la lunghezza delle arterie bensì disseminate ad isole senza limiti precisi, ne costituivano dei veri tumori isolati, sia all'interno che all'esterno dei vasi. Difatti le piccole gomme erano indipendenti dalle tonache vascolari.

Dell'atassia locomotrice sifilitica; di A. Fournier. (*Ann. de dermat. et de syphilis* e *Revue des sciences méd.*, 1877).

Fournier ammette tale lesione sifilitica inerente al midollo spinale e che possa produrre una vera atassia locomotrice, epperò si può ritenere con Debove che:

1.° L'atassia sifilitica non ha sintomi proprii. Ma neanche la paraplegia di uguale natura ne presenta eppure non è negata da alcuno. Ciò dicasi della cirrosi sifilitica.

2.° La pretesa atassia sifilitica non ha lesioni proprie. — Quest'è anche vero allo stato attuale della scienza, ma bisogna osservare che la lesione dell'atassia è una sclerosi dei cordoni posteriori della midolla; ora un numero grandissimo di lesioni sifilitiche finiscono colla sclerosi.

3.° L'atassia consecutiva alla sifilide non è che una coincidenza. — L'atassia è troppo frequente nei sifilitici inveterati per vedervi una semplice coincidenza. Sopra 30 atassici Fournier ha notato 24 volte una sifilide anteriore. Sopra 11 atassici Fereol ha trovato 5 volte lo stesso antecedente patologico. Siredey trovò 8 sifilitici sopra 10 atassici.

4.° Inefficacia della cura specifica. — Così è in un gran numero di casi, ma Fournier ne cita altri tratti da varii autori e suoi proprii nei quali se la cura specifica non ha assolutamente guarito ha però prodotto un notevole miglioramento. Gl'insuccessi dipendono forse dall'aver tardato troppo la cura, quando gli elementi nervosi erano già distrutti, per cui la cura antisifilitica non poteva rigenerarli.

Atrofia muscolare e paraplegia in un caso di sifilide maligna precoce; del dott. Dejerine. (*Archiv. de physiol. norm. et pathol.*, n. 4, 1876).

È un caso di trofo-mielite subacuta in coincidenza con una sifilide maligna precoce.

Una donna di 25 anni, che diceva di non aver mai avuto sintomi sifilitici generali, nè sapeva di essere stata infetta, solo sei mesi prima di entrare all'ospedale osservò qualche manifestazione sifilitica, a cui quattro

mesi dopo si aggiunse un senso di indebolimento nelle membra inferiori accompagnato da vivissimi dolori e susseguito presto da paraplegia.

Entrata allora nell'ospedale presentava aspetto cachetico, dimagramento considerevole che l'ammalata diceva d'avere da qualche mese. Ectima sifilitico crostaceo sul corpo e sulla faccia. Alopecia. Dolori alle gambe violenti e frequenti principalmente alla sera. Atrofia dei muscoli delle membra inferiori. Qualche movimento nelle gambe stando l'ammalato in posizione supina. Movimenti riflessi esagerati. Iperestesia al collo del piede, termo-estesia conservata, anestesia al tatto sul dorso del piede e sulla gamba, contrattilità faradica molto diminuita; pressione sui muscoli molto dolorosa.

Sei settimane dopo le si manifestavano dolori alle membra superiori e difficoltà nei movimenti delle dita, i quali movimenti diventavano presto incoordinati e poi così deboli che l'ammalata non se ne poteva servire.

Verso la fine della vita si constatava leggera diminuzione della sensibilità tattile con leggiera iperestesia, miglioramento nella motilità delle membra inferiori le quali insieme alle superiori erano sempre dolorose.

Reperto anatomico. — Atrofia massima dei muscoli del bacino, della coscia e della gamba, i quali erano sbiaditi ed infiltrati di grasso, ed al microscopio presentavano atrofia semplice. I filetti nervosi muscolari offrivano le lesioni che si osservono al secondo o terzo mese nell'estremità periferica dei nervi tagliati; alcuni erano arrivati al periodo ultimo di atrofia.

I grossi tronchi nervosi, come lo sciatico, erano in preda ad atrofia dei tubi nervosi accompagnata da iperplasie del tessuto connettivo interlobulare.

Nelle regioni lombare e dorsale inferiore le radici inferiori dei nervi rachidiani contenevano dei tubi nervosi atrofici ma in minor numero che nei nervi muscolari. Osservavasi la scomparsa per atrofia semplice, delle cellule nelle corna anteriori della regione lombare del midollo spinale, principalmente nelle parti media e superiore, mentre i prolungamenti cellulari erano più rari che allo stato normale. Vedevansi pochissime cellule veramente ipertrofiche, i nodi ed i muscoli erano conservati e la cellula diminuiva a poco a poco prendendo un aspetto granuloso. Un piccolo numero aveva subito l'alterazione vascolare più poche ancora presentavano la pigmentaria.

Disturbi di udito di origine sifilitica; del dott. Dalby. (*The Lancet*, vol. 1°, 1877 e *Revue des sciences méd.*, avril 1877).

Devonsi distinguere due specie di disordini di udito dipendenti dall'azione della sifilide: 1.° Quelli che si riscontrano nei bambini ossia dipendenti da sifilide ereditaria. 2.° Quelli che presentano i vecchi ossia dipendenti da sifilide acquisita.

1.° La sifilide ereditaria è causa frequente di sordo-mutolezza e può apparire nella prima età come nell'adolescenza. Non vi è legge che ne

regoli il decorso, il quale può essere di qualche settimana, di più mesi, od anche di qualche anno. Ne può derivare una completa sordità.

La sifilide produce un' alterazione o del nervo o del labirinto, ma questo punto ha bisogno di essere ancora studiato.

La cura generalmente è impotente.

2.° La sifilide acquisita può produrre od otite, o lesione dei nervi.

L'otite è propria del secondo periodo della affezione e consecutiva ad ulcerazioni della faringe, postumo a catarro della tromba d'Eustacchio. Va curata come l'otite media. Una cura locale bene indirizzata unita alla cura antisifilitica può produrre la guarigione completa. Ne può essere esito la suppurazione ed allora si può avere la completa sordità.

La lesione nervosa dell'orecchio consecutiva a sifilide può avvenire a due epoche differenti, al periodo terziario per un tumore intracranico, ed al periodo secondario.

In questo caso la sordità può essere completa od incompleta, affiggere una o tutte e due le orecchie, essere persistente indefinitivamente, o migliorare più o meno presto. La cura generale può essere in questo caso molto proficua.

Sulle lesioni anatomiche del labirinto nella sifilide secondaria; del dott. Moos. (*Revue des scienc. méd.*, juillet 1877).

L'Autore riferisce un'osservazione di un ammalato in preda a sifilide scondaria e nel quale contemporaneamente a dolori osteocopi del cranio si svilupparono vertigini con disturbi dell'organo dell'udito, essendo in sei giorni divenuto affatto sordo, mentre l'orecchio medio ed esterno non presentavano alterazione di sorta. Venuto il paziente a morte, le alterazioni anatomiche rinvenute in esso furono: ispessimento del periostio vestibolare, iperplasia ed infiltrazione di piccole cellule del tessuto connettivo esistente tra la parete ossea del vestibolo e la membranosa, e dello strato di connettivo della membrana del vestibolo, infiltrazione cellulare della lama spirale ossea e di tutta la porzione della lama spirale membranosa principalmente nell'organo di Corti dove gli elementi non si potevano distinguere. Il tronco del nervo acustico non era alterato.

L'Autore ritenne in questo caso una lesione sifilitica dell'orecchio interno quale causa della rapida perdita dell'udito.

Della leontiasi sifilitica; studj di L. J. Cloyis Goutard. (Paris 1878).

Per leontiasi sifilitica l'Autore intende una sifilide terziaria costituita da un' infiltrazione diffusa di produzioni probabilmente gommose nel derma: sifilide localizzata alla faccia, i di cui tessuti considerevolmente tumefatti, sia dal deposito dei prodotti gommosi come dall' ipertrofia delle parti costituenti, gli danno un aspetto speciale rassomigliante a quello del leone.

Ecco la storia del caso osservato da Goutard.

H. . . ., di 39 anni, di buona costituzione, era sempre stata sana. Entrava nell' Ospedale il 28 dicembre 1876. Diciotto mesi prima osser-

vava che le mestruazioni le si erano fatte irregolari, ed anzi ebbe una menorragia della quale guariva prestissimo appena ricoverata nell'Ospedale. Allora accusava male di gola, difficoltà alla deglutizione, e la voce le era divenuta rauca; nello stesso tempo apparvero in molti punti del corpo dei piccoli tumori rotondi solidi, che a poco a poco aumentarono fino alla grossezza di un cuore di piccione, poi diminuirono e scomparvero senza ulcerazione nè suppurazione. Le venne amministrato il joduro di potassio a 3 grammi al giorno. Essendo guarita anche dei fenomeni alla gola sortì dall'Ospedale il 15 febbrajo 1877. Dopo quindici giorni fu assalita da male alla testa violento che aumentava alla sera e le impediva di dormire lungo la notte. La gola tornò a dolerle, e le tornò la difficoltà a parlare, fu presa da debolezza generale, e la faccia le si andava facendo rossa e ad aumentarsi di volume.

Accolta nell'Ospedale Lariboisiere il 15 aprile 1877 si constatò la parte inferiore della faccia alterata per considerevole ipertrofia dei tegumenti in modo da darle l'aspetto di una forma di lebra dei Greci detta Lebra Leontina. Essa si estendeva dalla parte inferiore delle orbite, risparmiava il naso, ne invadeva però le ali ed i lobuli, si accentuava sotto le guancie, le labbra ed il mento. Vista di profilo la faccia sembrava molto allungata secondo l'asse antero-posteriore della testa per la procidenza delle labbra che restavano continuamente semi-aperte.

L'ipertrofia cutanea dava alla fisionomia un aspetto triste, un'espressione idiota, si notavano solchi e rilevatezze molto marcate, di maniera che la faccia era scomposta in lobi informi che sembravano pezzi sovraposti. Questi lobi erano percorsi da pieghe verticali in forma di fessure.

Non eravi alcuna produzione morbosa nè esfoliazione.

Il colore, che era presso a poco uniforme sopra tutte le parti ipertrofiche, si mostrava un po' più acceso al centro, ai bordi diveniva meno intenso, ma cessava bruscamente. Questo colore era bruno-rameico, niente lucente, ne con riflesso di sorta, come offuscato. Nulla di anormale nella sensibilità, nessun dolore nè prurito al palpamento, i tegumenti dàvano la sensazione di un tessuto arrendevole elastico, nè lasciavano sentire tumori nel loro spessore, solo nelle labbra sentivansi piccole nodosità miliariformi incastrate nel derma e molto consistenti.

Sulla faccia notavansi pure numerose cicatrici. Una se ne vedeva lungo il corpo del mascellare inferiore di color bianco-madreperla, di forma lineare interrotta da isole di pelle sana, e circondata a modo della barba di una penna da altre piccole di cui una più manifesta delle altre. Queste cicatrici erano depresse, e nella maggior parte aderenti al periostio del mascellare, e vi si sentivano sotto piccoli tumori.

Altre cicatrici si trovavano alla regione del temporale destro, al sopracciglio dello stesso lato, alla radice del naso, alla regione del collo, e dietro gli sterno-mastoidei.

Tutti questi tumori erano successi ai già descritti senza pregressa ulcerazione. La mucosa della faccia posteriore delle labbra era injettata, arborizzata. Il corpo del mascellare inferiore era la sede di piccoli tumori ovoidi percettibili al tatto. Sul rafe della vôlta palatina si vedeva una piccola ulcerazione oblunga, che dalla base dell'ugola si dirigeva in avanti, della lunghezza di 7 a 8 millimetri sopra 2 di larghezza, a bordi netti, tagliati a picco, a fondo grigiastro ardesiaco, e senza alcun bottone carneo.

Il velo palatino assolutamente mutilato era sede di tre perforazioni, di cui la più vasta alla parte anteriore, di forma elittica ovalare, e formante un'apertura delle dimensioni e della forma di una mandorla.

Altra simile perforazione esisteva alla parte destra della grandezza di un nocciuolo di ciliegia.

Da queste lesioni risultava che l'ugola era in parte scomparsa consistendo in un piccolissimo peduncolo circoscritto da due vaste perforazioni, che lasciavano vedere la parete posteriore della faringe. Altra simile piccola ulcerazione si riscontrava sul pilastro anteriore sinistro. Nessuna alterazione laringea. La pituitaria era sana.

Oltre che sulla faccia, si vedeva sulla parte destra del torace al livello della seconda costa ad eguale distanza dallo sterno e dall' ascella una cicatrice elittica verticale, della lunghezza di 3 a 4 centimetri sopra 2 di larghezza, coperta di squame rossastre furfuracee molto caduche.

L'ammalata asseverava con sicurezza che al sito di questa lesione, come a quelle della faccia, si era sviluppato dapprima un tumore, che acquistava la grossezza di un uovo di tacchino, ed in capo a due mesi aveva cominciato a diminuire di volume senza giammai ulcerarsi. Alle braccia si vedevano pure delle cicatrici, e le tibie presentavansi un poco rugose. Veruna ipertrofia glandulare. Le funzioni digestive erano buone, sussisteva enfisema polmonare da cui ortopnea. Dolori osteocopi intensi.

Le venne somministrato lo sciroppo di Gibert, 2 a 3 cucchiai al giorno, e verso il mese di luglio l'ipertrofia della faccia era notevolmente diminuita. Il colore erasi modificato; da rosso bruno si era avvicinato al color feccia di vino. Si sospese lo sciroppo di Gibert e le si diè il sciroppo alcalino. Restava nel medesimo stato fino a novembre.

A quest'epoca nuova ulcerazione alla gola, e propriamente sulla parte posteriore del velo palatino; questa lesione venne d'un tratto senza tumore gommoso precedente e nello spazio di otto giorni acquistò la grandezza di 5 a 6 millimetri sopra 2 circondato da una zona eritematosa. Veniva ripreso il sciroppo di Gibert.

Al 5 di febbrajo lo stato generale era presso a poco lo stesso, solo che la mucosa del naso era considerevolmente ipertrofizzato, e vi si riscontravano delle nodosità brunastre che prolungavansi nelle fosse nasali, per cui il diametro di questo canale era diminuito ciò che aumentava la dispnea.

Sebbene in questa storia mancassero gli antecedenti, e la nozione dell'accidente primitivo, pure l'Autore non esitava a diagnosticarla di sifilide terziaria, appoggiato al fatto della facilità in cui possono quegli accidenti passare innosservati in una donna ignorante, o perchè possono essere stati lievissimi e brevissimi per essere la malattia prestissimo entrata nel periodo così detto terziario. Inoltre le cicatrici summentovate avevano un aspetto patognomonico, l'essere i tumori scomparsi da sè senza suppurazione come quelle della sifilide tubercolare secca atrofica. Lo rinfrancavano nel diagnostico l'insorgere ed il decorrere delle lesioni alla bocca ed alla gola, l'assenza dei caratteri di scrofola ed il miglioramento dei sintomi sotto la cura specifica.

L'Autore riferisce altre 4 storie di sifilide cutanea gommosa, due comunicatagli da Fournier, riguardano (osservazione 2.ª e 3.ª) una sifilide ipertrofica dell'orecchio. Un uomo di 51 anni, 15 anni prima aveva avuto un ulcero, poi la roseola, poi sifilidi ulcero-crostacee alla faccia che lasciavano profonde cicatrici, indi sifilidi ulcero-crostacee al collo, al cuojo capelluto, ad alle orecchie, di cui il padiglione della sinistra presentava una deformità straordinaria per grossezza, pel colore, per forma e consistenza da sembrare un cartone. Alcuni mesi di cura mista guarirono l'ammalato.

L'altra osservazione comunicatagli pure da Fournier tratta di una sifilide gommosa della faccia. Una donna di 36 anni fu sempre sana fino al 1870. In questo tempo in seguito a violenze patite abortiva, e poco tempo dopo guariva, restandole però insonnio persistente. Sei anni dopo osservava un piccolo bottone della grossezza del capocchio di spillo al mento, che aumentava prestissimo, ed era seguito da molti altri al labbro inferiore ed al mento. Dopo 4 settimane di cura guariva, ma recidivava presto che anzi le lesioni si erano estese a tutte e due le labbra ed al mento; le labbra erano ipertrofiche protuberanti, avanti, più a sinistra che a destra, così il mento e tutte queste parti erano come a solchi e cosparsi di tubercoli. Colla cura di sublimato e del joduro di potassio l'ammalata lasciava l'Ospedale in uno stato, se non di perfetta guarigione di avvanzato miglioramento.

Dopo avere l'Autore riferite due altre storie di sifilide tubercolare, una di Cazenave e Chaussit, e l'altra di Racle. (*Annales des malad. de la peau et de la syphilis*, 1850-51), discorre della natura, e della nosografia di questa lesione, del diagnostico in cui si diffonde e finisce colle seguenti conclusioni:

1.° Esiste una forma di sifilide, che non si saprebbe applicare a nessuna forma fin qui descritta e di cui la sola lesione apprezzabile sembra essere l'ipertrofia.

2.° Sebbene l'anatomia patologica faccia difetto, e per conseguenza sia impossibile stabilire in modo preciso il posto nosologico di questa forma, pure è da credersi sia una sifilide terziaria, cioè avente per lesione anatomica il prodotto gommoso come punto di partenza.

3.° Questa forma non differisce dalla sifilide gommosa e tubercolare che in questo che la produzione gommosa in luogo di essere circoscritta sotto forma di nodosità o di gomma, sarebbe al contrario disseminata sovra un'estensione varia, che si rivelerebbe allo stato di infiltrazione.

4.° Così costituita la forma morbosa non sembra giammai dover terminare per ulcerazione. Si avvicinerebbe dunque alla tubercolare secca risolutiva.

5.° È una forma ribelle in ragione della sua estensione, della diffusione de' suoi prodotti patologici, che avrebbero invase le parti costituenti i tessuti ed alteratele.

6.° Sembra avere questa forma, certi luoghi di predilezione, la faccia in particolare.

7.° Noi proponiamo quindi, termina l'Autore, di aggiungere alla classificazione delle sifilidi una nuova forma che chiamiamo *sifilide ipertrofica diffusa della pelle* od anche *leontiasi sifilitica* in ragione della sua forma.

Delle glossiti terziarie. (Glossiti sclerose; glossiti gommose); lezioni del prof. A. Fournier. Paris 1877.

Le glossiti terziarie sono o sclerose o gommose secondo che l' iperplasia che le costituisce tende a persistere in maniera definitiva, o subisce una degenerazione attiva, colla quale tende a distruggersi spontaneamente.

Queste lesioni di media frequenza sono più comuni nell'uomo che nella donna, con un massimo notevole tra il quinto e il quindicesimo anno della diatesi, ed affettano quasi esclusivamente la faccia dorsale dell'organo.

1.° *Glossiti sclerose.* — Queste hanno per carattere di creare nella lingua una neoplasia vivace ma persistente, che finisce in ultimo ad una organizzazione fibrosa definitiva. Secondo che interessa i tessuti più superficiali della lingua, o i più profondi si distingue in *superficiale* o *corticale*, ed in *profonda* o *parenchimatosa*. Caratteri della prima sono induramenti circoscritti, superficiali e lamellari del derma linguale; induramenti a superficie secca non erosiva; induramenti a superficie rossa unita, liscia, sprovvista di papille. Caratteri della seconda; tumefazione della lingua; forma mammelonata e lobulare della faccia dorsale dell'organo; induramento profondo delle parti affette; alterazioni varie della mucosa al loro livello.

La glossite corticale poi si distingue ancora in due varietà, in una le neoplasie sono disposte a placche isolate, della grandezza di una moneta da 20 centesimi o più, di forma ovalare, in numero abituale di 2 o 3, di un color rosso ciliegio, con aspetto della mucosa liscio ed unito; nell'altra le placche sono continue, di maggior estensione, la mucosa è indurata a nappi e presenta l'aspetto di un *parquet*. Tutte e due queste varietà sono sempre di decorso *cronico*, o sono dolorose.

Nella glossite sclerosa profonda la tumefazione della lingua subisce come due stadii successivi: uno costituito dall'esagerazione del volume della lingua, e l'altro dall'atrofia parziale o generale di essa. Il primo è uno stadio ipertrofico, il secondo atrofico, o di cirrosi linguale. Più caratteristico peraltro è l'aspetto mammellonato che prende l'organo, talchè sembra diviso in tanti lobi più o meno grandi e di diversa configurazione. Lo stato di durezza è molto accentuato, profondo, penetrante.

Le alterazioni della mucosa si riferiscono al colore che è di un rosso vinoso in alcuni punti, mentre in altri è biancastra, come se fosse stata toccata col nitrato d'argento, che unito ai caratteri di essere *unita*, *liscia*, *tesa*, sprovvista di papille le danno un aspetto affatto speciale.

A questi sintomi caratteristici si aggiungono poi altre complicazioni accidentali dipendenti dalle irritazioni multiple a cui per tante cagioni va soggetto l'organo linguale, e queste sono lesioni di forma erosiva, esulcerazioni, o vere ulceri che per sè non presentano niente di specifico; mentre altre volte cioè quando la glossite sclerosa profonda subisce la degenerazione gommosa si possono avere delle vere ulcerazioni specifiche, ed allora si ha una forma che l'Autore chiama glossite sclerogommosa.

Altra varietà molto rara è la glossite sclerosa generalizzata, nella quale non vi ha che un'esuberanza eccessiva dell'ipertrofia con tendenza a generalizzarsi.

2.° *Glossite gommosa.* — Questa morbosità secondo che offende od i tessuti superficiali od i profondi costituisce due forme; gomme mucose cioè, ovvero sottomucose o muscolari.

Le gomme mucose non presentano nulla di speciale ma hanno tutti i caratteri delle gomme superficiali delle mucose. Si manifestano sotto l'aspetto di nodosità, o tubercoli più o meno grandi, più o meno numerose, di varia configurazione, e con tendenza ad esulcerarsi.

Le gomme profonde o muscolari, occupano il sistema muscolare, e si riscontrano quasi esclusivamente verso la parte superiore della lingua, e più frequentemente nelle parti laterali che nelle parti mediane dell'organo. Sono in generale di volume maggiore delle superficiali, di figura ovoidale, e di numero quasi mai maggiore a 3 o 4. In esse si distinguono 4 periodi il 1.° di formazione o di crudezza, il 2.° periodo di rammollimento, 3.° periodo di ulcerazione, 4.° periodo di riparazione cicatriziale.

L'Autore in seguito, come in appendice, parla di un ordine di casi ancora più rari e sono la forma confluente della glossite gommosa, e la forma fagedenica. La prima è caratterizzata o da numerosi nodi, da 5 a 10, della grossezza di un pisello o di un osso di ciliegio, ed anche da ciò che questi nodi facendosi molto più grossi, fin' anco come una piccola noce, sfigurano mostruosamente la lingua, rendendola quasi elefan-

tisiaca, gigantesca, sicchè è portata fuori dalle labbra e pende orribilmente sul mento, causando disturbi funzionali gravissimi.

La forma fagedenica è costituita dall'aspetto che prendono le ulcerazioni gommose della lingua, e può essere o serpiginosa o tenebrante.

I *disturbi funzionali* della glossite terziaria in generale sono caratterizzati da due fatti, dall'insidiosità assoluta cioè del loro sviluppo, per cui la maggior parte delle volte l'ammalato non si accorge della sua insorgenza e se ne avvede il medico quasi per azzardo, e dalla rimarchevole benignità dei fenomeni clinici durante tutto il periodo anteriore all'ulcerazione. Infatti in allora non vi è che un po' di impaccio ai movimenti dell'organo, e nessun dolore, e nel periodo di ulcerazione similmente niun dolore spontaneo, ma eccitato invece nei movimenti dell'organo, o al contatto di irritanti, od anche di alimenti un po'caldi, e di qui poi ptialismo, e tutti i sintomi comuni e volgari nell'infiammazione, senza un carattere speciale, anzi nella glossite sifilitica sono sempre in grado minore.

Stato delle glandole. — La regola è che le glossiti terziarie, sclerose o gommose non risvegliano alcuna reazione, nelle glandole linfatiche. Pure nella forma gommosa qualche volta si riscontrarono parecchie glandole ingrossate ed indurate senza suppurazione sotto l'osso ioide ed ai lati del collo, ma di frequenza affatto eccezionale.

Evoluzione, durata. — Sono essenzialmente a decorso cronico, però attaccate energicamente in principio possono risolversi e guarire, ma una volta arrivate al vero stato scleroso restano in questo stato. Quelle di forma gommosa sono lente al loro principio, ma una volta costituite tendono a distinguersi da se.

Pronostico. — Presentansi più gravi in apparenza che in realtà perchè alla fine tendono da sè a scomparire, non così delle sclerose le quali se non guariscono subito, restano inalterabilmente ad onta di tutte le cure.

Il pronostico però delle gommose è molto più riservato per le probabili recidive e per le ricadute, che lasciano l'individuo in uno stato tale che qualunque causa irritante anche leggiera può risvegliare la malattia, la quale può riprodursi molte volte e l'Autore vide un ammalato per lo spazio di 9 anni sempre incerto intorno all'esito della guarigione.

Diagnosi. — Le glossiti terziarie si distinguono dall'*ulcero indurato* perchè questo è lesione unica, accompagnata da adenite e susseguita da sifilide generale; dalla *psoriasi linguale*, pel colore bianco-argenteo, madreperlaceo esfoliativo di questa; *dalla glossite dei fumatori* per le placche madre-perlacee alle commissure delle labbra dei fumatori, e dallo studio degli antecedenti, e degli accidenti diatesici attuali; dalla *glossite dentale* dallo stato dei denti in relazione al sito della lesione sulla lingua; dalla *glossite tubercolare*, dalla esistenza in vicinanza all'ulcerazione di piccole granulazioni migliariformi nelle quali Liouville e Vul-

pian trovarono gli elementi tubercolari, e dall'esame dei polmoni, e della costituzione generale dei pazienti.

Infine discorre l'Autore a lungo e minutamente intorno all'importantissima diagnosi differenziale tra la glossite gommosa ed il cancroide della lingua, e noi per darne un sunto chiaro e conciso non sapremmo meglio fare che riprodurre la tabella diagnostica posta come conclusione dall'Autore stesso:

Cancroide linguale ulcerato.	*Gomma ulcerata della lingua.*
1.° Affezione dell'*età matura*. Massimo di frequenza fra i 50 e 70 anni.	1.° Nessun'età di predilezione. Si osserva il più soventi ad un'età meno avanzata che il cancro.
2.° Causa predisponte: *eredità cancerosa*. Nessun antecedente sifilitico (salvo coincidenza).	2.° *Antecedenti sifilitici*. — Nessun antecedente di cancro (salvo coincidenza).
3.° Antecedenti frequenti di *psoriasi linguale*.	3.° Nessun antecedente di psoriasi linguale.
4.° *Anamnestici*: insorgenza con nodosità dure, *superficiali*, con tumore esterno; poi ulcerazione più o meno rapida alla superficie. — Nessun apertura od evacuazione a guisa di un ascesso; nessuna caverna.	4.° *Anamnestici*: insorgenza con nodosità dure *interne*; poi apertura a guisa di ascesso; *caverna* provvisoria; e subito dopo rapida ulcerazione, che mette allo scoperto il fondo marcioso del tumore.
5.° Può occupare la faccia inferiore della lingua.	5.° Si localizza esclusivamente sulla faccia superiore e sui bordi della lingua; non affetta mai la faccia inferiore.
6.° Lesione sempre *unica*, *unilaterale* (salvo eccezioni estremamente rare).	6.° Lesione molte volte multipla e bilaterale.
7.° Lesione costituita da un tumore *ulcerato in superficie*.	7.° Lesione costituita da *ulcerazione seuza vero tumore* nell'accettazione propria della parola.
8.° *Bordi in rilievo*, formante un enfiagione saliente, ineguale, irregolare, riversata, frastagliata, ecc.	8.° *Bordi incavati*, intagliati in profondità, tagliati a netto, aderenti.
9.° Superficie *sanguinante*, o disposta a dar sangue a menomo tocco.	9.° Fondo *marcioso* e non sanguinante.
10.° Secrezione abbondante, che ad un'epoca avanzata diviene fetida ed *icorosa*.	10.° Secrezione relativamente minima, e non *icorosa*.
11.° Ulcerazione dolorosa spontaneamente *lancinante*. Molte volte dolore d'irradiazione verso l'orecchio.	11.° Ulcerazione non dolorosa spontaneamente, non lancinante.
12.° *Disturbi funzionali* sempre molto intensi, e qualche volta intensissimi (*immobilizzazione della lingua*; incomodata la parola, la masticazione, la deglutizione, la salivazione, ecc.).	12.° Disturbi funzionali molto minori che nel cancro. — Lingua non immobilizzata come nel cancro, o almeno in grado minore.

Cancroide linguale ulcerato.	*Gomma ulcerata della lingua.*
13.° Lesione che termina, dopo un dato tempo, in fenomeni generali di cachessia.	13.° Lesioni non producente da se la cachessia.
14.° All'esame anatomico i caratteri di epitelioma.	14.° All'esame anatomico i caratteri di iperplasia gommosa degenerata.
15.° Glandole dopo un certo tempo malate.	15.° Glandole intatte.
16.° Nessun'influenza, od influenza minima della cura antisifilitica.	16.° Influenza benefica esercitata dalla cura antisifilitica.

Cura. — La cura in generale è quella della sifilide terziaria, e comprende una parte per uso interno ed una affatto locale.

Per uso interno il primo medicamento è il joduro di potassio, ma dato a dosi elevate da 3 fin'anche a 10 grammi al giorno. Nelle glossiti sclerose è sempre indicato l'associare al joduro di potassio anche il mercurio sotto forma di sublimato in pillole (3, 4 centigr. ed anche 5 al giorno, onde prevenire lo ptialismo).

Come cura locale, contro le glossiti sclerose, gargarismi o meglio bagni da bocca di malva, polverizzazioni emollienti o jodurate; cauterizzazioni leggiere delle superfici escoriate.

Contro le ulcerazioni gommose gargarismi emollienti, polverizzazioni, tocchi colla tintura di jodio nel periodo di *stato*, più tardi cauterizzazioni leggiere col nitrato d'argento.

Di un caso di laringopatia ulcerosa sifilitica con edema acuto della glottide, guarigione in seguito a tracheotomia; del dott. C. Barone.

L'inferma di anni 24, aveva contratta la sifilide allattando dalla propria madre, la quale si era inquinata al capezzolo dando latte ad altro bambino. Ebbe in seguito al sifiloma boccale, ulcerazioni alle faccie curate coi mercuriali, che si riprodussero ai 14 anni con distruzione delle parti, in seguito altre manifestazioni gravi di lue generale, per cui maritatasi ebbe un aborto.

Ricoverata nel Sifilicomio di Napoli, la si vide affetta da cachessia sifilitica, da eczema impettiginoso cronico della faccia, e delle parti superiori del tronco e braccia, iperplasia delle glandole inguino-crurali e sottomascellari. Al fondo delle retrofauci presentava distrutte le tonsille, l'ugola ed il velo palatino, mentre i pilastri anteriori e posteriori si connettevano per la loro sommità ad un cordoncino cicatriziale di color bianco tendineo situato trasversalmente sotto il margine posteriore della volta palatina.

Prima cura fu quella di pensare a rialzare lo stato generale dell'ammalata, ma in questo frattempo le sopravvenne raucedine e dolore alla deglutizione, che crescendo portò quasi afonia, tosse dispnea. All'esame laringoscopico presentò arrossati i legamenti spurii, ari-epiglottici e tessuti circonvicini, sulla faccia anteriore dell'epiglottide verso la base

due ulceri di un mezzo centimetro di diametro, e due altre piccole sulla faringe, effetti di nodi sifilitici del tessuto sotto-mucoso con esito di disfacimento necrobiotico.

Ben presto i fenomeni subbiettivi si aggravarono, talchè insorsero veri accessi di soffocazione determinati principalmente nella deglutizione del cibo, e si fu in uno di questi in cui l'ammalata sembrava vicinissima a morire che l'Autore ricorse alla tracheotomia, dietro la quale respirando l'inferma dalla cannula potè sopportare la cura locale delle cauterizzazioni di nitrato d'argento, e le penellazioni locali di questo sale concentrato che prima erano insopportabili, lasciò campo di fare la cura generale analettica e specifica col joduro di potassio, in maniera che dopo due mesi era migliorata in modo insperato, e non lungi da guarigione completa.

L'Autore molto a proposito ascrive quest'esito favorevole all'indicazione precisa della tracheotomia, perchè era libero il passaggio dell'aria sotto il taglio tracheale, i polmoni erano immuni, da grave malattia, e l'affezione siccome specifica poteva essere guaribile.

Nota sulla tisi sifilitica; del dott. F. Robinson. (*The Lancet*, 5 maggio 1877 e *Revue des Sciences Med.*, 15 gennajo 1878).

Vi sono due forme di sifilide del polmone. In una più frequente si trovano lesioni, che incominciano alla base del polmone ed a poco a poco si estendono invadendolo quasi in tutto il suo ambito. Nell'altra forma il processo si limita all'apice dell'organo, da una parte sola o da ambedue alla volta. Quella si rassomiglia alla polmonite cronica, se non che in questa il processo è più limitato, mentre il paziente ha già dato segno di sofferenze da tempo più o meno lontano, tanto in riguardo allo stato generale quanto al locale; nella sifilide polmonare invece v'ha una febbre mitissima o l'apiressia, quindi non frequenza di polso o poca, nessun aumento di temperatura, nessuna dispnea abituale, e tosse limitata senza escreati. Dai segni stetoscopici si deducea una durezza polmonare limitata ad una più o meno grande estensione, che non tende ad accrescere ma invece sta stazionaria fino alla guarigione. La seconda forma è più somigliante alla tubercolosi cronica e la può simulare nel primo stadio. L'Autore nondimeno trova dei caratteri distintivi nella forma sifilitica ed eccoli.

1.° Non vi ha l'abito generale tubercoloso, il polmone è ben sviluppato, e la nutrizione è normale.

2.° Manca l'eretismo costituzionale grave. La termometria è appena al di sopra della media fisiologica. Non vi ha diarrea, sudori notturni, e tosse secca.

3.° La mutezza alla percussione è minore, o meno nettamente limitata. Nei tubercolosi inoltre per lo più essa occupa ambedue gli apici.

4.° Mancano gli sputi caratteristici della tubercolosi incipiente. L'am-

malato è di color pallido, di apparenza cachettico, ma può attendere con un po'di sforzo alle sue occupazioni. Vi ha respirazione aspra ai due tempi, o soffio tubario se la malattia è più avanzata; esagerazione della risonanza della voce, polso frequente ma meno che nella tubercolosi. Se vi sono escreati, questi non constano che di poco muco schiumoso più tracheale che bronchiale. Non potè l'Autore determinare la frequenza relativa dell'emoftoe.

Ambedue le forme sono croniche, tendono alla stazionarietà, e non presentano sintomi costituzionali, marcati o gravi.

Se l'ammalato presenta gomme percettibili all'esterno sarà facile per induzione assegnare i sintomi polmonari alla presenza certa di qualche altra simile all'interno nel polmone, come causa dei disturbi della respirazione.

Quanto alla cura l'Autore ha fede nell'olio di fegato di merluzzo nel joduro di ferro, e di potassio, nelle penellature jodate, nella buona nutrizione e nell'aria salubre specialmente se di mare. Non consiglia i preparati mercuriali.

Nota su un caso di sifilide polmonare, con riflessioni sulla sifilide dei visceri e gli errori di cui sono l'oggetto; di Lancereaux. (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, tom. VI, N. 43).

Ecco le conclusioni dell'Autore:

1.° La sifilide, se si fa eccezione della febbre concomitante al principio delle manifestazioni secondarie, si traduce invariabilmente con lesioni materiali di organi e con disturbi funzionali subordinati alla sede ed alla estensione delle lesioni stesse.

2.° Questa malattia non interessa giammai primitivamente che tessuti derivati dallo stato mediano del blastoderma, ed in particolare gli elementi del sistema linfatico. I tessuti derivati dagli strati interno e medio, tessuto epitelico, cellule nervose, sono sempre secondariamente alterati.

3.° Essa si manifesta con lesioni a sviluppo lento, eccentrico di cui il tipo è il tessuto connettivo embrionale, e che ora scompajono per riassorbimento o per eliminazione, ora si organizzano in tessuti definitivi omologhi (tessuto osseo nelle ossa, tessuto linfatico nelle glandole, cicatriziale nella sostanza connettiva).

4.° Essa si sviluppa in tre tempi.

Un primo tempo caratterizzato da uno o più accidenti locali denominati ulceri.

Un secondo, da lesioni od eruzioni disseminate, estese, superficiali o risolventi, cioè che scompajono senza lasciare la minima traccia (eruzioni generalizzate o del periodo secondario).

Un terzo, da lesioni circoscritte, profonde, e che lasciano come postumo con perdita di sostanza, una cicatrice più o meno spessa e callosa (eruzioni circoscritte o del periodo terziario).

La conoscenza di quest'evoluzione serve a fissare il momento della

guarigione della sifilide che, somigliante in questo a tutte le malattie a tipo definito, può arrestarsi completamente alla fine di una delle sue fasi naturali.

Sulla tisi sifilitica; del dott. THOMPSON. (*Berliner Klinische Wochen.* 1877).

L'Autore ritiene la così detta tisi sifilitica prodotta da un'alterazione dei vasi linfatici e che cominciando dai più piccoli sale mano mano a quelli dei bronchi e vi produce attorno un tessuto indurato. Questa ne è la condizione patologica.

Esistono poi sintomi spiccati perchè si possa distinguere questa affezione che presenta alcuni caratteri simili alla tisi per vera tubercolosi, e che si accompagna come questa da emaciazione progressiva.

Questi sintomi sarebbero la mancanza di dati anamnestici ereditarii, e di pregressa infiammazione polmonare. L'ottusità che si riscontra alle regioni sopra e sotto clavicolari non è circoscritta, ma va mano mano diminuendo verso la base del torace. All'ascoltazione degli apici polmonari sentesi un rumore particolare somigliante a quello della carta maneggiata fra le mani.

Col progredire della malattia si può sentire una respirazione soffiante ma quasi mai accompagnata da rantoli umidi, sebbene per la bronchite secondaria si abbia un escreato abbondante. L'affezione giunta ad un dato punto non tende a progredire per cui l'Autore non trovò mai segni di rammollimento e caverne.

Il pronostico è piuttosto favorevole.

La cura si fa meglio col joduro di ferro che con quello di potassio.

Sifilide polmonare; di MAC LANE TIFFAUY. (*Revue des scienc. med.* aprile 1878).

Ecco le conclusioni cui l'Autore addiviene dallo studio di cinque osservazioni :

1° Gli individui sifilitici possono presentare, al periodo degli accidenti terziarii una varietà particolare d'infiltrazione grigia del polmone;

2° Quest' infiltrazione occupa la parte media del polmone meglio che la base o l'apice;

3° Il tessuto infiltrato tende ad eliminarsi, lasciando una cavità anfrattuosa irregolare;

4° Eccezionalmente questa infiltrazione può terminare colla guarigione (cicatrizzazione);

5° L'andamento della malattia è modificato dalla cura antisifilitica.

Sopra un caso di adenopatia mesenterica da sifilide. Nota clinica del dott. V. ZANNINI. Bologna, 1877.

Un uomo robustissimo che già all'età di 14 anni aveva ricevuto ricordo della impura Venere, ed in seguito ai 17, indi ai 24 e ai 25, a 27 anni contrasse un ulcero indurato caratteristico susseguito da ingrossamento delle glandole inguinali, che erano divenute molto grosse e dolenti talchè l'ammalato ne soffriva moltissimo. Dopo 20 giorni segni d' infe-

zione generale che presto scomparvero. A 32 anni ebbe dolori lungo il nervo ischiatico sinistro; e poi restava sano fino ai due anni dopo, tempo in cui avvertiva dolori vaganti indefiniti per l'addome che lo destavano d'improvviso verso la mezzanotte. Dapprincipio questi dolori duravano pochi minuti, e la semplice pressione della mano sul ventre bastava per calmarli e dileguarli. Ma dappoi andavano sempre crescendo di durata e di forza, di modochè appena a letto il povero paziente dopo brevissimo sonno era svegliato da uno spasimo, ed ambascia insopportabili. Le fitte dolorose insorgevano a tutto l'addome; alcune erano sempre fisse, alcune da un margine andavano all'altro crescendo lungo il cammino di intensità; alcune salivano fino allo scrobicolo; altre posteriormente fino ai lombi; altre discendevano e lo circondavano attorno alla vita. Queste fitte raggiungevano il loro maximum di intensità verso la mezzanotte ed erano allora accompagnate da senso di calore al viso, nausea vomiturazioni o vomito. Dopo la mezzanotte diminuivano ed all' alba erano completamente cessate.

All'esame obbiettivo; il palpamento superficiale del ventre non produceva dolore, e profondamente si sentono discretamente distinti dei punti circoscritti duri resistenti, mobili. Sotto l'ombelico a destra forti dolori allo infossamento della mano che preme, e si sentono quivi nodi duri grossi alcuni quanto un uovo di piccione sfuggevoli. A sinistra impossibile pel dolore il palpamento profondo, sentesi però un'insolita resistenza. Ipofonesi alla percussione nella fossa ileo-cecale a destra e più chiara ancora a sinistra. Sintomi di catarro gastrico e null'altro di notevole negli altri visceri.

Stabilita la diagnosi differenziale fra le malattie colle quali potessero esser confusi questi sintomi, che l'Autore richiama chiaramente, si stabilì di fare la cura colle unzioni mercuriali le quali in brevissimo tempo migliorarono l'ammalato, il quale fu del tutto guarito colle pillole del Ricord, e dal joduro di potassio portato fino ai 4 grammi al giorno.

Idrope ascite per idremia da sifilide; del dott. C. Dal Monte. (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, dicembre, 1877).

L'Autore venne chiamato da un'ammalata affetta da ascite e non potè ascriverla ad altro che ad oligoemia; e già aveva praticata la paracentesi due volte in un mese senza vantaggio della cura tonico-ferruginosa, quando dopo 7 mesi si accorse di un tumore gommoso suppurato al cubito destro, ed allora sottopose l'ammalata al protojoduro di mercurio, il quale continuato per 2 mesi la guarì. Solamente allora l' ammalata confessò di aver avuto un ulcero ai genitali qualche anno prima.

La sifilide nella produzione della tisi. Studio critico anatomico ed esperimentale del dott. collegiale Colomiatti. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, febbraio 1877).

L'Autore coll'ajuto dell'osservazione microscopica dell'esame clinico, ed esperimentale studiò il nesso che può esistere tra la tubercolosi e la sifilide. Già Bizzozero, Zöster, Griffini trovarono tubercoli associati o di-

pendenti dalla sifilide e prima di questi Michaelis e Virchow, credettero alla trasformazione di glandole sifilitiche in tubercolosi, e alla identità della scrofola colla tubercolosi. Ma oramai per gli studii di Langhaus, Rivolta e Perroncito a questo punto controverso nella scienza fu ridato il suo vero valore.

L'Autore parlando della definizione data dal Foà del tubercolo in cui è compreso il nodulo del vero lupo al primo descritto, identificando il lupo volgare col tubercolo, la trova assolutamente inesatta, e non basata sulla giusta osservazione, e crede che fino ad oggi nessuno potrà ammettere il reticolo nei tubercolo, nel significato che ha nel vero lupo se non lo trova nei noduli della tubercolosi diffusa, e là dove la diagnosi del tubercolo sia accettata e chiara, e la diversità dei caratteri nel tubercolo con quelli della nodosità del vero lupo risulta chiara da quanto già egli ed il dott. De Casa ebbero a pubblicare nel 1876.

Sebbene si possa sostenere, secondo il Colomiatti, che esistono noduli tubercolari nelle manifestazioni sifilitiche solo però quando in queste si riscontra il neoplasma caratteristico, pure bisogna far molto calcolo dei segni clinici che alle volte possono essere non troppo chiari. E sulla quistione della dipendenza del tubercolo da altre malattie, e della *tisi combinata polmonare* dichiara l'Autore di non ammettere la produzione vera tubercolare che ha punto di partenza dai nodi caseosi non dipendenti da tubercoli, ma aventi un'origine qualunque, e così rigetta la *tisi combinata polmonare* come originata da alterazioni caseose semplici dei polmoni senza il concorso dell'agente infettivo tubercolare. Ed egli già descrisse un caso di tubercoli trovati nello stroma di due nodi secondari cancerosi del fegato i quali non erano secondarii al cancro ma lo erano della infezione tubercolare dei polmoni e del fegato stesso, però che il tubercolo non ha mai un valore solamente locale. Ed è per questo che contro l'opinione del Foà si deve ritenere che quando si riscontra il vero tubercolo nelle manifestazioni sifilitiche si deve dire che l'individuo affetto è in balìa di due infezioni, la sifilitica e la tubercolare.

Non ammette pure che il virus sifilitico possa dare per sè solo luogo alla tubercolosi, e questo lo dimostra cogli studii di Virchow sulle gomme sifilitiche dei polmoni, e dai caratteri istologici da egli stesso trovati nelle ulceri primitive molli ed indurate, da cui risulterebbe che la cellula gigante non ha alcuna speciale importanza perchè può trovarsi in neoformazioni di origini diversissime.

Entrando a parlare delle alterazioni sifilitiche polmonari, l'Autore si ristringe solamente alla pneumonite, che si può ritenere causata dalla sifilide, la quale ritiene non possa essere diagnosticata senza un previo esame ed un'anamnesi completa che è la più interessante, non essendo carattere esclusivo l'esserne affetta l'ilo piuttosto che l'apice come vuole Grandidier, ed osserva che mentre la pneumonite sifilitica non è mai solamente interstiziale, ma che è in diverse località prevalentemente catarrale, si trovano casi di tisi combinata coll'apice polmonare affatto li-

bero, o quasi, in individui che non ebbero mai la sifilide. E di questi l'Autore ne vide varii casi e ne riferisce una storia in cui trattavasi di un individuo affatto scevro da sifilide morto per polmonite cronica diffusa sviluppatasi all'ilo dei due polmoni senza che si fosse estesa agli apici.

La pneumonite sifilitica l'Autore lo studiò in sei casi, in cui egli distingue due tipi che hanno molti caratteri comuni, e si trovano riuniti anche nello stesso viscere. Il tipo più esteso è quello della pneumonite diffusa prevalentemonte interstiziale; l'altro tipo è quello della polmonite esenzialmente catarrale. Anche dopo la minutissima descrizione anatomo-patologica microscopica che il dott. Colomiatti ne fa, ne trae di conseguenza che in essa non vi ha nulla di caratteristico delle affezioni sifilitiche, in confronto delle alterazioni istologiche delle pneumoniti diffuse croniche semplici. L'Autore per altro ammette un concetto clinico di una tisi polmonale sifilitica, ma di una tisi combinata sifilitica e tubercolare ad un tempo in quanto che non ammettendo una tubercolosi sifilitica polmonare; non può negare l'esistenza contemporanea della pneumonite sifilitica e della tubercolosi polmonare, in cui la sifil ide destra prepara e sostiene il processo flogistico del polmone, mentre dispone il terreno allo attecchimento del virus tubercolare nei punti pneumonici, o determina colla pneumonite lo sviluppo dei tubercoli nei polmoni, facendo succedere come dice lo Swediaur una degenerazione dell'affezione primitiva.

Studia in seguito l'Autore il processo tubercolare locale, vale a dire se nei casi di tubercoli sviluppatisi in parte esterne ed impiantatisi su fenomeni sifilitici, questi abbiano subito una predisposizione generale dell'individuo, o se i tubercoli siano stati inoculati nel medesimo tempo colla sifilide per ulceri sifilitiche e tubercolari; ed anche se il virus sifilitico abbia preparato il terreno all'assorbimento tubercolare.

Egli per ciò fece degli esperimenti ne'conigli, sui quali avendo innestato il virus sifilitico si svilupparono più tardi focolaj tubercolari nei polmoni aventi gli stessi caratteri istologici di quelli trovati nel caso di pneumonite sifilitica, sebbene come in quel caso non vi fossero caratteri esenziali proprii. Oltre a ciò riferisce una storia clinica di una donna che ebbe a subire la sifilide costituzionale da bambina, e che all'età di 47 anni venne all'ospedale con elefantiasi delle grandi e piccole labbra, e più tardi per estesa ulcera alla vulva accompagnata da adenite inguinale indurata, ed in parte suppurata, e che moriva per tubercolosi polmonare acuta generale. In questo soggetto l'Autore vide un caso di pseudo-lupus vulvare, che si propagò alle glandole linfatiche vicine, e di lì si portò ad inquinare col proprio principio infettivo, *il tubercolare*, l'intiera economia, probabilmente perchè eravi disposizione nell'individuo alla tubercolosi, ed in cui il tessuto di granulazione destatasi per il processo sifilitico potè farsi matrice di tubercoli. Trova quindi in questa ammalata confermato il suo asserto cioè che « *una volta stabilitosi per bene il processo tubercolare nelle manifestazioni*

sifilitiche. se non vien distrutto completamente, esso scopre il suo cammino, ancora dopo che già si può ritenere che siano guariti gli accidenti sifilitici, ed uccide l'infermo per tubercolosi diffusa. »

Riferisce poi un'altra storia a provare come i tubercoli anche distrutti intieramente con operazione chirurgica dalle regioni esterne, l'ammalato può venire a morte per tubercolosi viscerale, e primitiva o sifilitica o combinata. E così in un ammalato si ebbe tubercolosi della pelle del naso, che fu distrutta interamente col caustico, ma non in tempo perchè non si fosse già prima diffusa alle ghiandole linfatiche, per cui da tubercolosi primitiva locale passò a secondaria e ghiandolare e quindi a tubercolosi terziaria o viscerale.

In questo caso crede l'Autore che se le ghiandole non fossero state infette prima dell'esportazione del fenomeno locale, o fossero state esportate anch'esse, si sarebbe risparmiato lo sviluppo della tubercolosi generale. E questo lo verificò egli stesso su due conigli, ai quali avendo egli esportati con nodi cutanei tubercolari alla coscia anche le ghiandole linfatiche inguino-crurali, furono esenti dalla tubercolosi.

Insieme ad altre considerazioni comprovanti il suo modo di vedere, l'Autore si chiede se per avventura molte tisi tubercolari polmonari non possano essere dipendenti dalla sifilide, o combinata fin da principio colla tubercolosi, oppure resasi tale dopo aver preparato il terreno più adatto allo sviluppo del virus tubercolare, ed infine dopo aver prodotto un tessuto di granulazione matrice di tubercoli in individui predisposti?

Pur troppo la pratica dimostra il contrario, perocchè altrimenti sarebbero frequenti i casi di tubercolosi polmonare colla concomitanza di altri fenomeni sifilittici gommosi, e la cura già proposta dal Gola col calomelano darebbe frequenti felici risultamenti anzicchè disinganni.

Colpo d'occhio sulla sifilide ereditaria; del dott. J. Parrot. (*Revue Mensuelle de med. et de chir.* 1877).

Le alterazioni della sifilide ereditaria si possono trovare in vita e dopo morte, ed anzi la necroscopia ci rileva alterazioni, che prima erano passate inosservate.

Queste alterazioni sono delle ossa, del fegato, della milza, dei polmoni, e molto comuni, meno frequenti poi quelle degli organi genitali orinarii.

Nel polmone si trova epatizzazione bianca diffusa, o nodosità di vario aspetto secondo che sono vecchie o no. Le alterazioni del fegato sono diffuse o isolate. Nelle ossa si notano diverse alterazioni che l'Autore chiama *periostogenesi*, *condrocalcosi* e *trasformazione* gelatiniforme. La prima forma, che è anche la più frequente, è caratterizzata da osteofiti di color del grano turco o rosso, sviluppate sul periostio perpendicolarmente alla superficie dell'osso; la loro disposizione è un poco variabile secondo il segmento di osso, che invadono ma è sempre la stessa sull'osso medesimo.

La condrocalcosi dà all'osso somma friabilità, e dipende da una

esagerazione dello stato condrocalcare normale, o dalla presenza di isole di tessuto cartilaginoso calcificato posto in mezzo al tessuto spugnoso vicino alle diafisi.

La trasformazione gelatiniforme trasforma l'osso in modo che la midolla prende il posto della sostanza ossea che scompare, il suo aspetto è marezzato di giallo e rosso.

Tutte queste alterazioni stanno in relazione con quelle che si rinvengono col microscopio nel tessuto connettivo il quale ne va affetto esenzialmente e primitivamente, e questo solo costituisce il vero fomite del lavoro morboso e la malattia non è che un'ipersclerosi generalizzata.

Sifilide ossea ereditaria, fratture spontanee multiple-pseudo paralisi delle membra superiori dipendenti da queste fratture. Rapporto di Polaillon sopra un'osservazione di Porak. (*Revue des Sciences med.*, aprile 1878).

Si tratta di un bambino nato naturalmente per le natiche, e che presentava frattura dell'omero sinistro, e che essendo in preda a sifilide essendo venuto più tardi a morte, lasciava constatare all'autopsia le lesioni seguenti: Formazioni davanti della diafisi in certe regioni, ed in particolare sulla regione media di un nuovo strato di natura osteofitica, che ricopriva l'osso come un manichetto. Alle estremità ed a una distanza variabile dalla cartilagine, il tessuto spugnoso presenta una lesione caratterizzata dall'esistenza di porosità irregolari dovute alla produzione di un tessuto gelatiniforme, la cui infiltrazione attraverso queste porosità rarifica l'osso. Il limite di questa alterazione è segnata da una zona trasversale di qualche millimetro di altezza al livello della quale il tessuto spugnoso è condensato ed ha qualche volta il colore del grano turco. La cartilagine non è alterata. La frattura si fa al livello di questo tessuto rarificato compreso fra la zona trasversale dell'osso condensato e la cartilagine. Essa ha luogo per la formazione di questo tessuto gelatiniforme di cui il progressivo sviluppo produce la discontinuità dell'osso.

Queste lesioni però è raro siano causa di frattura ed il presente fatto sarebbe insieme a quelli di Guecciot, Parrot e Valleix il quarto.

Sulla non trasmissibilità della sifilide per mezzo del latte. Contribuzione clinica del dott. Tommaso De Amicis. Napoli 1877.

Sebbene l'argomento della non trasmissibilità della sifilide per mezzo del latte sia a quest'ora già stato studiato abbastanza, perchè principalmente in appoggio ai fatti clinici ed alle osservazioni sperimentali di Pelizzari, Balducci e nostre (Pelizzari. *Giornale Ital. delle malattie veneree, ecc.* 1866. — Padova. *Giorn. idem.* 1877. — Balducci. *Relazione di 9 casi di sifilide da allattamento a Montecatini*) si debba credere risoluta la quistione in favore alla non trasmissibilità, pure l'Autore crede di aggiungere ancora a questo scopo un'importante storia clinica, tanto più che ultimamente (nel 1876) il dott. Woss di Pietroburgo pubblicava un caso che provava il contrario. Questi credette di aver prodotta la si-

filide in una prostituta dietro un'injezione di latte tratto da donna sifilitica. L'Autore però con giustissimi ragionamenti prova come quest'esperienza sia affatto inconcludente, perchè è a ritenersi che questa prostituta fosse precedentemente sifilitica.

Certa A. R., ha sempre goduto buona salute a 22 anni, si maritava ed ebbe due figli tuttora sani. Allattando il súo terzo bambino, diè per una sol volta latte ad altro infante sifilitico dal quale ne fu infetta essa stessa ed il proprio bambino il quale morì per cachessia sifilitica, mentre a lei si manifestarono eruzioni cutanee, dolori ed altre sofferenze chiaramente sifilitiche che le durarono per sei anni.

In questo tempo ebbe tre aborti e quattro gravidanze, e di queste i due primi nati morirono dopo pochi giorni, e gli ultimi due vissero per tre anni morendo di malattie comuni, e in queste due ultime gravidanze allattò pure 2 bambine le quali furono e sono tuttora sanissime e robuste. In seguito ebbe altra gravidanza durante la quale la madre ebbe umane manifestazioni sifilitiche. Partorì una bambina che potè nutrire innocuamente fino ai 7 mesi, epoca in cui data ad alattare in prestito a donna con manifestazioni ai capezzoli ne riportò sifilide generale per le quali insieme alla madre ricoverò all'Ospedale degli Incurabili, dove guarirono ambedue. Da questa storia l'Autore ne trae:

1.° Che il latte di donna sifilitica non sia per se capace di trasmettere la sifilide nè per ingestione, nè per injezione.

2.° Che la trasmissione ereditaria della sifilide mentre è attivissima nel periodo infiammatorio o secondario, diviene nulla nel periodo neoplastico o terziario.

3.° Che la semplice influenza del virus sifilitico non sia capace di produrre sterilità nella donna senza una determinata alterazione negli organi della generazione.

Il farmaco del Pollini in alcuni morbi sifilitici oculari. Istituto oftalmico di Milano. (*Giorn. ital. delle malat. veneree e della pelle*, fascicolo 1°, 1878).

Il dott. Rosmini direttore dell'Istituto oftalmico di Milano riferisce tre storie di morbi oculari gravissimi sifilitici guariti colla cura Polliniana, mentre nessun vantaggio avevano ottenuto dall'uso del mercurio e del ioduro di potassio.

1.ª Ambliopia destra con scotomia e miodesopsia da coroideite diffusa a focolaj molteplici con opacità mobili del vitreo. Ambliopia sinistra da congestione coroideale. Il soggetto è un uomo di 41 anni, sifilitico da cinque anni con forme cosidette secondarie spiccatissime. Ai primi sintomi di annebbiamento di vista gli vennero praticate due injezioni ipodermiche, ed indi a pochi mesi altra, e frizioni mercuriali. Da questi mezzi ebbe miglioramento sensibile che durò sei mesi ma dietro nuova recidiva gli vennero replicate due altre iniezioni, e amministrate pillole di bicloruro. Recidivato anche un' altra volta si ridusse al Dispensario dell'Istituto oftalmico di Milano, dove gli vennero prescritte le frizioni

mercuriali ed il ioduro di potassio fino ai 30 grammi (!) ed in seguito un' iniezione di calomelano, ma giovando ben poco questi metodi di cura fu sottoposto a quella delle acque del Pollini. E già dal sesto giorno si vide miglioramento notevolissimo, e in poco più di un mese la guarigione fu completa.

2.ª Retinite sifilitica essudativa; psoriasi; eczema celtico del capillizio; sifilide dell' istmo faringo-laringeo. Uomo di anni 38, sifilide datante da tre anni e manifestatasi in questo lasso di tempo con psoriasi, papule, croste, faringite ed afonia, a cui si aggiunsero i fenomeni visivi di retinite. Fin da principio fece ripetutamente la cura colle pillole di protoioduro di mercurio, e di ioduro di potassio ma inutilmente finchè presso l' Istituto oftalmico fu sottomesso alla cura del Pollini, che fu continuata per 30 giorni consumando 24 bottiglie. E da questa non si ebbe che il male non progredisse finchè l'ammalato restò nello stabilimento, ma restituitosi a casa riacquistò tutta la facoltà visiva, sicchè il paziente è ora uno dei più abili ed accreditati tiratori di bersaglio.

3.ª Iritide destra fatta acuta; congiuntivite doppia erpetica con eczema palpebrale, espressioni di lue celtica; ozena sifilitico. Sifilide presa per allattamento; dapprima ulcerazioni ai capezzoli, indi bruciore alle fauci, congiuntivite erpetica. Miglioramento dietro cura adatta istituita nell'Ospedale Maggiore di Milano. Poco dopo macchie rameiche agli arti, eczema palpebrale più intenso ed ozena. Presentatosi all' Istituto oftalmico le vennero praticate due iniezioni di calomelano. Ma continuando anzi aggravandosi i fenomeni sifilitici venne accolta nell' Istituto dove prese 18 polveri del Pollini, e mercè queste sole, essendosi sospesa ogni altra cura presto guariva completamente.

I quali fatti sempre più dimostrano come la efficacia della decozione del Pollini si manifesti specialmeute nella sifilide gommosa e quando sia preceduta alla somministrazione di essa la cura mercuriale-jodica.

Il nuovo regolamento di Bruxelles per la sorveglianza della prostituzione; del prof. P. Gamberini.

In questo importantissimo argomento il chiar. Autore non crede buona la proposta di abolizione della sorveglianza del meretricio.

Nell'esaminare i punti più importanti del rapporto di Laeners commissario di Polizia di Bruxelles, sulla prostituzione, discorrendo della sorveglianza della prostituzione data ai municipii, crede che questi la potrebbero governare benissimo qualora ne potessero avere i mezzi e le leggi adatte, le quali dovrebbe in tutto corrispondere con una esattezza matematica.

Quanto alla concentrazione ivi proposta del meretricio in un solo centro, riguarda la proposta come buona ma di difficile esecuzione, e perciò crede la legge attuale abbastanza soddisfacente, quando però siavi saggia ed energica sorveglianza.

Nella quistione, discussa con molta avvedutezza dal Laeners, se una fan-

ciulla minorenne debba essere, qualora ne sia il caso, inscritta fra le prostitute, piuttosto che ricorrere prima di ciò alla autorità dei parenti, il prof. Gamberini è d'avviso si debba tentarne la reclusione in quei luoghi di beneficenza in cui è data la redenzione dalla colpa.

Quanto alla tassa sulla prostituzione egli la manterrebbe, ma dovrebbe colpire anzi tutto le tenenti postribolo, le quali dovrebbero pagare la diaria del ricovero della prostituta nel sifilicomio. Abolendo invece la tassa non si farebbe che moltiplicare le case di tolleranza.

Non approva la consuetudine del Belgio e della Francia delle così dette *case di passaggio*, cioè quelle che accolgono le meretrici sparse sotto date condizioni. Invece l'Autore tollera le prostitute sparse sorvegliate purchè siano in poco numero, e non coabitino con altre.

In seguito l'Autore passa a dire delle innovazioni, che verrebbero al nostro Regolamento in conformità a quello di Bruxelles, e trova un difetto all'art. 30.° del Regolamento Belga e 50.° del nostro, e cioè che non sia in essi limitata la pretesa delle meretrici nei loro riguardi verso le tenenti postribolo, le quali a poco a poco ingolfano le prostitute in un mare tale di debiti, da diventarne argomento di tratta fra le varie tenenti postribolo le quali si considerano in ciò fra loro responsabili, e si arricchiscono immoralmente a spese di quelle infelici. Come rimedio a ciò suggerisce di porre tutte le spese che servono ad ornamento alle meretrici a carico delle tenenti postribolo, e queste poi a norma dell'importanza della loro casa di tolleranza dovrebbero d'accordo colla questura stabilire una diaria per ogni meretrice da togliersi da' suoi giornalieri proventi.

Esposte le tasse delle case di tolleranza secondo la loro classe, l'Autore non ammetterebbe meretrici di classe 3ª sparse, e tutt'al più aprirebbe un nuovo bordello onde ricoverarvi quelle che per età, bruttezza od altro fossero reiette dalle tenenti postribolo.

Lamenta infine da noi il personale di servizio tanto in riguardo al numero troppo scarso quanto per la qualità delle persone che lo compongono.

Note anatomo-patologiche sulla sifilide congenita ed ereditaria; del prof. Marchiafava. (*Indipendente*, 25 luglio).

Nella seduta del 30 giugno p. p. il prof. Marchiafava comunicava alla Accademia Medica di Roma il risultato di ripetute ricerche da lui fatte su cadaveri di bambini sifilitici provenienti dal Brefotrofio di S. Spirito e che si possano riassumere nel seguente modo:

1.° *Cervello*. — Come già altra volta avea dimostrato all'Accademia, disse di aver trovato anche in queste ultime sue ricerche necroscopiche l'arterite sifilitica.

2.° Nei *reni* di un neonato di circa un mese e mezzo, che presentava pure altre lesioni sifilitiche, ne' polmoni, fegato, ecc., trovò una infiltrazione grandissima di elementi cellulari, prevalentemente rotondi, dei glomeruli malpighiani, e che egli nominò *glomerulo-nefrite sifilitica*.

L'epitelio del glomerulo, che gli si mostrò inalterato, non prende punto parte, disse, a codesto processo.

3.° Il *fegato* lo ha trovato ora più ora meno alterato, e le alterazioni che egli vi ha riscontrate si ridurrebbero alle due forme già note dell'*infiltrazione sifilitica diffusa del fegato, o epatite sifilitica ereditaria e della formazione di nodi gommosi.* Questa l'ha trovato quattro volte su 10 bambini da lui sezionati.

4.° *Milza* ingrandita e resistente; la sua capsula la trovò intorbidata, il parenchima resistente, corpuscoli malpighiani aumentati di volume, e in due casi, intorno ai medesimi, una zona emorragica.

5.° *Intestino.* — Le chiazze di Peyer ed i follicoli solitari in tre bambini dal Marchiafava sezionati, si sarebbero rinvenuti assai tumescenti; e le glandole linfatiche e specialmente le meseraiche aumentate di volume.

6.° Anche il *timo* ha offerto, in codeste ricerche, lesioni sifilitiche. In un neonato morto per peritonite acuta il timo apparve ingrandito e scavato da tre cavità contenenti un liquido puriforme costituito, come lo dimostrò l'esame microscopico.

7.° *Testicoli* ingranditi, e l'albuginea quasi disseccata dal sottostante parenchima per emorragia avvenuta fra queste due parti. All'esame microscopico comparve un'infiltrazione di piccoli elementi cellulari rotondi nel connettivo interstiziale ed un ispessimento dei canalicoli seminiferi.

8.° *Gran simpatico.* — In tutti i bambini sifilitici sezionati, il Marchiafava ha sempre ricercato se il gran simpatico offrisse le alterazioni già studiate dai Petrow e Foà nelle sifilidi degli adulti. Egli esaminando i gangli cervicali e semilunari di due bambini morti uno al secondo, l'altro al terzo giorno dalla nascita in uno stato di marasmo gravissimo e con varie altre lesioni sifilitiche, li rinvenne di un colorito biancastro, resistenti e di consistenza quasi fibrosa. Sottoposti all'esame microscopico presentarono un lussureggiamento enorme di tessuto connettivo, il quale avea compresse e rese atrofiche le cellule e fibre nervose.

RIVISTA D'ISTOLOGIA ED EMBRIOLOGIA

del Prof. GIULIO BIZZOZERO.

Trinchese — *Sulla struttura dell'uovo dei mammiferi e dei molluschi.*
Colasanti — *La durata della vitalità della macula germinativa.*
Schenk — *L'uovo dei mammiferi fecondato artificialmente fuori dell'organismo materno.*

Orth — *L'accrescimento della placenta fetale e il principio dell'accrescimento di Boll.*

Bufalini — *Sulla struttura del midollo spinale nel feto.*

Urbantschitsch — *Il lume del condotto uditorio esterno negli embrioni e nei neonati.*

Id. — *Sul primo sviluppo dell'orecchio medio e della membrana timpanica.*

Wolff — *Sulla connessione dei muscoli e dei tendini.*

Boll — *Studj sulle immagini microscopiche della fibra nervosa midollare.*

Ewald e **Kühne** — *La digestione usata quale metodo istologigo* — *Sopra una nuova parte costitutiva del sistema nervoso.*

Gescheidlen — *Contribuzione allo studio delle terminazioni nervose nei muscoli lisci.*

Leboucq — *Ricerche sullo sviluppo e sulla terminazione dei nervi nelle larve dei batraci.*

Ranvier — *Della terminazione dei nervi nei corpuscoli del tatto.*

Bizzozero e **Salvioli** — *Sulla struttura e sui linfatici delle sierose umane (pleura e pericardio).*

Bechamp e **Boetus** — *Sulla struttura del globulo sanguigno e la resistenza del suo involucro all'azione dell'acqua.*

Malassez — *Sulla quantità dell'emoglobulina contenuta nei corpuscoli rossi.*

Nussbaum — *Sulla formazione del fermento nelle ghiandole.*

Bermann — *Su di una certa ghiandola tubolosa delle ghiandole salivari.*

Kidd — *Nota sui linfatici delle ghiandole mucose.*

Kühne e **Lea** — *Sulla secrezione del pancreas.*

Cadiat — *Sul sistema venoso.*

Cadiat — *Dei rapporti dello sviluppo del polmone e sua struttura.*

Grancher — *Nota sui linfatici del polmone.*

Stirling — *Dell'apparato nervoso dei polmoni.*

Stieda — *Sulle fibre muscolari striate nelle pareti delle vene polmonari.*

Paneth — *Intorno all'epitelio della vescica urinaria.*

Stroganow — *Sull'endotelio sub-epiteliare dell'uretra umana.*

Beigel — *Intorno ad ovarii accessorii.*

Leopold — *Studj sulla mucosa uterina nella mestruazione, nella gravidanza e nel puerperio.*

De Sinety — *Dell'ovario durante la gravidanza.*

Hesse — *Contribuzione allo studio delle ghiandole della pelle e dei loro muscoli.*

Richiardi — *Sulle ghiandole di Meibomio.*

Raehlmann — *Sulla tessitura della sostanza fondamentale fibrillare della cornea, e su suoi rapporti col sistema déi canalicoli plasmatici.*

Raehlmann — *Su di un sistema di spazj linfatici nell'epitelio corneale.*
Koenigstein — *Osservazioni sopra i nervi della cornea ed i suoi vasi.*
Ritter — *Sui piedi delle fibre nella periferia della lente cristallina.*
Meyer — *Terminazioni nervose dell'iride.*
Kühnt — *Contribuzione allo studio dello epitelio pigmentato della coroide.*

Sulla struttura dell'uovo dei mammiferi o dei molluschi; del professore S. Trinchese. (Accademia di Bologna, seduta 4 gennaio 1877).

In questa nota egli espone i risultati delle sue ultime ricerche intorno alla costituzione della vescicola germinativa dei predetti animali. Nei molluschi, oltre la macchia germinativa principale e varie accessorie, egli ha trovato un corpo particolare cui dà il nome di grumo. Questo presenta dei prolungamenti che si continuano colla rete protoplasmatica che riempie la cavità della vescicola germinativa. In questa cavità trovasi pure una vescicola trasparente la quale non si colora colla soluzione ammoniacale di carmino nè coll'ematossilina; mentre il grumo e le macchie germinative fissano le predette sostanze coloranti. Le macchie germinative, una volta fissata l'ematossilina, se si immerge l' uovo per certo tempo nella soluzione ammoniacale di carmino, conservano il loro colore violetto, mentre il grumo perde quest'ultima tinta e si colora in rosso.

La durata della vitalità della macula germinativa; del dott. Colasanti. (R. Acc. dei Lincei, anno CCLXXIV, 1876-77).

L' Autore studiando la durata della vitalità della macula germinativa dell' uovo della gallina, ha trovato che essa non perde ad un tratto ed istantaneamente, ma solo gradatamente, la sua facoltà germinativa. Così nei primi 16 giorni dopo che l'uomo fu deposto, può aver luogo quasi regolarmento un normale sviluppo dell' embrione, mentre dopo questo tempo si ottiene il maggior numero di embrioni incompleti, fino a che, giunti al 46° giorno, tutte le facoltà vitali della macula germinativa si spengono in modo assoluto e non si sviluppa più. Queste cifre non vanno prese in un modo assoluto, poichè la durata della vitalità della macula germinativa può essere grandemente modificata per gli agenti esterni, come per la temperatura, per le oscillazioni della temperatura, ecc.

L' uovo dei mammiferi fecondato artificialmente fuori dell' organismo materno; del dott. S. L. Schenck. (*Embryol. Mittheil.* 1878 II. p. 107).

Allo scopo di studiare i cambiamenti che suecedono nell'ovulo dopo la fecondazione l'Autore trasportava gli ovuli di conigli e di cavie tolti dai follicoli più grossi sulla mucosa di un utero appena esportato dal relativo animale: li toglieva, poi, per esaminarli a diversi stadj, dopo averli fecondati con una goccia di sperma tolta dal cordone e dalla vescicola seminale, e avendo cura di mantenerli ad una conveniente temperatura in una stufa d'incubazione. Se si sceglie un animale robusto,

vicino al parto, si possono ottenere varie uova dai più grossi follicoli, ed esaminarli man mano.

Tali ovuli fecondati perdono dapprincipio (in poche ore) il loro epitelio, il che è dovuto all'azione del muco uterino e dello sperma. Circa mezz'ora dopo la fecondazione artificiale si osserva una notevole irregolarità della disposizione dei fini granuli del vitello. Questi granuli stanno più addensati all'intorno della vescicola germinativa e nella parte centrale dell'ovulo, meno addensati nella parte periferica. Notevoli cambiamenti hanno luogo eziandio nella vescicola germinativa. Essa perde la forma sferica, e presenta delle dentature piuttosto grosse. Ad una temperatura di 38° s'osserva che essa tratto tratto manda nella massa vitellina una serie di prolungamenti più o meno lunghi che poi scompajono, sicchè essa ritorna alla forma primitiva. Inoltre essa muove verso la superficie, e s'avanza di tanto in questa direzione, che alla fine trovasi alla superficie della massa vitellina; quì essa lascia libero il suo contenuto fra la massa e la membrana vitellina, e depone a suo posto la macchia germinativa. Il primo apparire di un embrione l'Autore osservò nell'uovo di un coniglio. La segmentazione prendeva punto di partenza da un punto, nel quale notavasi un corpicciuolo che corrispondeva alla uscita macchia germinativa.

L'accrescimento della placenta fetale, e il « principio dell'accrescimento » di Boll; del dott. I. Orth. (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.* II. p. 9).

L'accrescimento dei villi della placenta fetale avrebbe luogo, secondo l'Autore, nel seguente modo: nell'estremità rigonfiata dello strato epiteliale appare un vacuolo circondato da uno strato di protoplasma; il vacuolo va man mano ingrandendo, mentre lo strato protoplasmatico va di pari passo di tanto assottigliandosi che, alla fine, scompare in quella parte del vacuolo che tocca lo stroma connettivo del villo. Così il vacuolo è tutto circondato di protoplasma, salvo che nel tratto in cui è limitato dal connettivo del villo. A questo modo possono penetrare facilmente nel vacuolo stesso dei prolungamenti del connettivo e dei vasi sanguigni del villo, e poi aver luogo, così, l'accrescimento di quest'ultimo.

In questo processo il punto di partenza dell'accrescimento ha luogo nell'epitelio, e i capillari non vi partecipano che secondariamente. Il che sarebbe in opposizione col *principio dell'accrescimento* sostenuto da Boll, secondo il quale tanto i capillari quanto l'epitelio rappresenterebbero nell'accrescimento una parte equivalente.

Sulla struttura del midollo spinale nel feto; del dott. Bufalini. Nota preliminare. (*Sperimentale*, 1877).

L'Autore studiando il sistema nervoso centrale del feto col metodo del prof. Golgi è potuto giungere alla conclusione che il sistema cellulare del midollo spinale nel feto si sviluppa prima di quello della corteccia cerebrale, e che questo precoce sviluppo della sostanza grigia mi-

dollare può stare in relazione colla manifestazione dei movimenti fetali.

Il lume del condotto uditorio esterno negli embrioni e nei neonati; del dott. V. Urbantschitsch. (*Mitt. aus dem embryol. Instit.* des prof. Schenck. Wien 1878, p. 431).

In questo lavoro è specialmente da notare quanto riguarda l'uomo. Nel neonato le pareti del condotto sono a mutuo contatto. La formazione del lume sembra abbia principio da due punti; dal meato uditorio esterno e dall'estremità timpanica. Infatti in sezioni longitudinali del condotto in bambini di varie settimane egli vide che il lume si componeva come di due imbuti, svasati l'uno verso l'esterno, l'altro verso l'interno, e rivolgentisi reciprocamente la punta in corrispondenza del punto di passaggio dalla parte cartilaginea nella parte membranosa del condotto. Più tardi va allargandosi anche questa parte ristretta, di cui, per altro, si conserva traccia anche in età avanzata della vita.

Sul primo sviluppo dell'orecchio medio e della membrana timpanica; del dott. V. Urbantschitsch. (*Mitt. aus dem embryol. Instit.* des prof. Schenck. Wien. 1877).

Viene generalmente ammesso che l'orecchio medio abbia origine dalla prima fessura branchiale, la cui massa di chiusura darebbe origine alla membrana timpanica. L'Autore, invece, è condotto alla conclusione che l'orecchio medio provenga dal cavo boccale-faringeo. La membrana timpanica giace da principio a livello della superficie cutanea, e corrisponde a quella parte ove il cavo boccale si mette in rapporto colla superficie cutanea. Dall'esterno all'interno gli strati del timpano embrionali sono: epiblasto, la massa delle vertebre primitive del mesoblasto, e l'epiblasto come strato di rivestimento dell'orecchio medio. Il condotto uditivo esterno dapprincipio si presenta come un sollevamento anulare al dintorno della membrana del timpano. Secondo l'Autore, quindi, la cavità del timpano colla tuba d'Eustachio avrebbe la sua origine dall'epiblasto.

Sulla connessione dei muscoli coi tendini; del dott. W. Wolff. (*Diss. inaug.* Berlin 1877. *Centralblatt*, 1877 p. 733).

Ripetute osservazioni fatte sui gastronemi e sul platismamioide della rana hanno dato per risultato, che il sarcolemma trapassa direttamente nella sostanza del tendine, e che, oltre a ciò, il fascetto muscolare primitivo è unito al tendine per mezzo del connettivo che lo circonda. Non mai la sostanza contrattile ha relazione più intima col sarcolemma o colla sostanza tendinea. Ciò venne confermato anche dello studio embriologico nella trota, nel sorcio e nel porco; il sarcolemma e il connettivo intramuscolare traggono origine da cellule di una specie diversa da quelle onde piglia sviluppo la sostanza contrattile. Il lavoro di Wolff conferma, così, l'opinione generalmente accettata in questo argomento.

Studj sulle immagini microscopiche della fibra nervosa midollare; del prof. F. Boll. (R. Accad. dei Lincei, anno CCLXXIV, 1876-1877).

Il prof. Boll studiando il vario modo di comportarsi delle fibre ner-

vose midollari con i diversi reagenti (cloruro sodico, acqua, acido picrico epicro-carminio, acido osmico, bicromato d' ammoniaca, ecc.), giunge alle seguenti conclusioni riguardo alla struttura normale di queste fibre: 1° Il cilindro dell'asse allo stato fresco non è fibrillare, come dai più fino ad oggi si ammetteva, ma è liquido o semiliquido, per cui per l' azione di alcuni reagenti (cloruro sodico a 0,75 per 0|0) si può assistere al microscopio all'inizio della sua coagulazione; 2° la guaina midollare non decorre fra due anelli di Ranvier, ma, come il Lanterman aveva già messo fuori di dubbio, essa è formata da un numero più o meno grande di segmenti che si innestano gli uni cogli altri in svariata maniera. La guaina midollare poi è formata da sostanza omogenea e dotata di molta refrazione allo stato fresco e si modifica solo a contatto dei liquidi eterogenei, divenendo a struttura fibrillare per l'azione dell'acido osmico e del bicromato d'ammoniaca; 3° la guaina di Schwann costituisce un tubo completamente chiuso che accompagna e riveste il cilindro dell'asse e la guaina midollare senza soluzione di continuità. Essa non trovasi interrotta in nessun punto, nemmeno in corrispondenza degli anelli di Ranvier ove la sua sostanza mostra piuttosto degli ispessimenti analoghi a quelli della guaina circondante i fascetti connettivi nei luoghi delle così dette fibre spirali.

I. **La digestione usata quale metodo istologico. — II. Sopra una nuova parte costitutiva del sistema nervoso**; del dott. A. Ewald e W. Kühne. (*Heidelb. naturhistor. med. Verhandl.* I fasc. 5, 16 pag.).

I. Dopo avere gli Autori esposto ciò che succede della pepsina e della tripsina allorchè vengono a contatto coi varii materiali che compongono l' organismo, passano in rivista le modificazioni varie, che i varii tessuti subiscono morfologicamente in seguito all' azione su di essi esercitata dalla tripsina. E così: 1) i tendini si sciolgono in fasci di egual diametro trasversale, e questi in fibrille: le altre parti spariscono, eccetto i nuclei che rimangono isolati l' uno dall' altro e molto debolmente attaccati ai funicoli fibrillari. 2) Il tessuto alveolare del mesentere si comporta come il tendineo, scompare l'endotelio, solo si trovano i nuclei isolati. 3) Nel tessuto adenoide non resta che un reticolo di fibre così sottili da essere appena riconoscibile, scompare il resto. 4) Nella cornea si scioglie la membrana di Descemet, cade l'epitelio, le cellule corneali non lasciano che i nuclei gonfiati, tra fasci incrociochiantisi di fibrille tenuissime, 5) Nelle cartilagini jaline rimangono nuclei molto modificati in una sostanza fondamentale granulosa e rammollita; la cartilagine fibrosa non presenta più che delle fibrille, e nella cartilagine elastica succede lo stesso che nella jalina, solo vi si osserva una rete di canali corrispondente al reticolo elastico scomparso. 6) Le membrane aniste scompajono affatto. 7) Le fibre elastiche si rigonfiano ai margini si spezzano lungo il loro asse. 8) Il fegato è così ridotto che non rimane più di esso che una piccola massa composta di nuclei e

sostanza collagena. 9) Dei muscoli non restano che i nuclei ed una massa in cui si può ancora talvolta trovare i resti delle fibre nervose midollari ed il connettivo. 10) Nella lente si separano grossi tratti corrispondenti alle linee, che formano le stelle della lente e questi tratti continuando l'azione della tripsina si decompongono nelle note fibre a margini dentellati. 11) Gli epitelii delle mucose si staccano dai tessuti sotto-giacenti, rimangono intatti i nuclei mentre scompajono prima il protoplasma granuloso, quindi l'inviluppo, più tardi l'orlo basale e le ciglia vibratili. 12) Nell'epidermide cade prima il reticolo Malpighiano e nel pelo la guaina esterna della radice, quindi si isolano le cellule spinose. — Negli strati cornei le cellule diventano chiare, trasparenti, come cave, e munite di doppii contorni, i quali racchiudono fra di loro uno spazio che si fa sempre maggiore a danno della cavità che essi circondano, di mano in mano che si avvicinano agli strati più superficiali. Il tessuto corneo piglia quindi l' apparenza di una rete formata di grosse corde, di cui le più voluminose sono quelle rivolte verso la parte esterna. Questo vale per la sostanza delle unghie, delle corna, e pei peli.

Per cui si può concludere che per mezzo la digestione nella tripsina si vengono ad isolare fibrille e reticoli collageni, sostanza cornea e nuclei.

II. Il tessuto nervoso è dotato della più grande resistenza all'azione della pepsina e della tripsina; non v'ha che la sostanza cornea che divida con lui questa proprietà.

Trattando una fibra nervosa colla tripsina si rende evidente un sistema proprio, benchè poco sviluppato, di fibrille di natura collagena che si aggiungono alla guaina di Schwann e stanno alla di lei superficie esterna, e formano così un secondo involucro che permette che quelle fibre nervose in cui venne distrutta per mezzo della stessa tripsina la guaina di Schwann possono tuttavia trattenere il midollo che per la sua fluidità dovrebbe spargersi allo esterno. — Oltre a ciò, all'interno della guaina di Schwann avvi un'altra guaina che gli Autori chiamarono guaina cornea. Ma questo non basta; allontanando con opportuni reagenti il midollo, e sciogliendo il cilinder axis, si renderebbe evidente secondo gli Autori una seconda guaina cornea che circonderebbe il cilinder axis.

Queste due guaine cornee servirebbero di punto d'attacco e di sostegno a dei tramezzi, a doppio contorno, gozzuti, dotati di grande potere rifrangente, che sono tesi fra le due guaine cornee e che formerebbero, unendosi insieme in varie direzioni, quello che gli Autori chiamarono reticolo corneo, che attraverserebbe, così, lo strato di mielina. — La dimostrazione al microscopio delle due guaine e del reticolo corneo sarebbe secondo gli Autori cosa facilissima. Gli Autori hanno cercato invano la guaina cornea nelle fibre pallide, come non rinvennero reticolo corneo nei corpuscoli di Pacini, per cui si quelle che questi scompajono a contatto della tripsina. Trovano invece guaine cornee in fibre nervose del midollo addominale del gambero d'acqua dolce.

Gli Autori concludono che la sostanza cornea è molto sparsa nel sistema nervoso, essendone costituito, per lo meno in parte, il così detto tessuto connettivo della sostanza grigia.

Contribuzione allo studio delle terminazioni nervose nei muscoli lisci; del dott. R. Gescheidlen. (Dall'Istituto fisiologico di Breslavia). (*Archiv f. mikr. Anat. XV*, pag. 321-332. Tav. XXII).

Avendo l'Autore, per questo studio, trattato col cloruro d'oro i vasi sanguigni e la vescica orinaria della rana, ottenne i seguenti risultati che, scostandosi da quelli di Frankenhaüser, s'accordano invece con quelli di Loewit.

La fibra nervosa raggiunge perpendicolarmente o pressochè perpendicolarmente la fibra muscolare; quivi o si divide in due ramoscelli i quali, divergendo parallelamente alla serie delle fibro-cellule muscolari, decorrono isolati; ovvero essa corre innanzi un tratto indivisa ed applicata alla serie di fibro-cellule, si dirama quindi e va ad un'altra serie per suddividersi poscia e formare le, così chiamate da Löwit, fibrille terminali, senza che fra queste ed i nuclei delle fibro-cellule si possa scorgere dipendenza di sorta.

Scegliendo poi quale campo d'osservazione la sanguisuga, descrive l'Autore il modo di contenersi delle fibre nervose colle cellule gangliari nervose, rotonde, piriformi, poli, bi-unipolari, le quali ultime raggiungono per mezzo di un piccolo prolungamento la fibra nervosa e lateralmente, formando con quest'ultima una specie di T.

Studia quivi puranco l'Autore il rapporto tra le fibre nervose e quelle gigantesche fibro-cellule muscolari, che nella sanguisuga si trovano in diverso ordine nella robusta parete dello stomaco chilifero e che a fresco presentano una tenue membrana anista, una sostanza corticale, omogenea, molto rifrangente, ed una sostanza midollare chiara, vischiosa contenente granuli scuri. Col trattamento col cloruro d'oro, la sostanza midollare resta colorata in rosa e sulla sostanza corticale spiccano in nero le fibrille nervose terminali, le quali, partendo da un tronco nervoso o da una fibra meno spessa, accompagnano una per ciascuna le fibro-cellule muscolari, correndo lungo il loro margine o serpeggiando su di esse, si diramano, vanno ad un'altra fibro-cellula, si appongono ad essa o trapassano in un'altra fibra nervosa, quando non imboccano un più grande tronco nervoso. In prossimità dei nuclei delle fibre muscolari si osservano dei rigonfiamenti delle fibre nervose, privi di nuclei, che rassomigliano alle estremità nervose terminali dei muscoli striati. L'Autore però non li ritiene una vera terminazione nervosa, la quale, come si ha nella fibra muscolare striata!, non si troverebbero, invece, nei muscoli lisci, nè della rana, nè della sanguisuga.

Ricerche sullo sviluppo e sulla terminazione dei nervi nelle larve dei batraci; del dott. H. Leboucq. (*Bull. de l'Acad. Roy. de Belgique*, 1876, S. A., 21 pag. 1 Tav.).

L'Autore studiando lo sviluppo dei nervi nella coda di giovani tritoni

e rane di un centimetro di lunghezza, osservò che i nervi erano quivi rappresentati da fibre sottili, splendenti alla periferia, ramificantisi.

Queste fibre ai loro punti di divisione presentano ammassi granulosi, triangolari, non nucleati; ed anche là dove esse decorrono senza ramificarsi, purchè si tratti di fibre voluminose, non di ramuscoli periferici, si osservano ai due lati, accanto alla parete, dei rigonfiamenti fusiformi per lo più a nucleo ovale.

Senza fermarci alle semplici conghietture che l'Autore fa sulla origine di queste fibre, vogliamo accennare a ciò che in seguito alle sue osservazioni egli ha potuto concludere sulla formazione della guaina midollare, la quale nei batraci senza coda incomincia a mostrarsi qualche volta prima, ma più spesso dopo che sono compiute le estremità posteriori.

I singoli segmenti di guaina midollare si vanno formando accanto a ciascuno dei nuclei che stanno alla parete, si dilatano in ambo le direzioni lungo la fibra, restando pur sempre separati l'uno dall'altro da un anello di Ranvier, col quale coincide sempre la suddivisione della fibra. La lunghezza dei segmenti va talora diminuendo di mano in mano che si procede verso la periferia; segmenti brevi, nondimeno si trovano fra due segmenti molto lunghi, come pure non è impossibile trovare fra due segmenti perfettamente midollati, un tratto nucleato ancor privo di midolla.

L'Autore non concorda con Hensen per quel che riguarda le terminazioni nervose; secondo lui dei nervi, alcuni vanno a terminare in organi particolari della coda del girino che corrispondono agli organi della linea laterale dei pesci, altri vanno a formare dei plessi al disotto dello strato epiteliare, dai quali si partono delle fibre, che l'Autore ha potuto seguire sino allo strato profondo epiteliare dove esse si continuerebbero con dei corpuscoli a forma stellata che ei paragona colle cellule descritte da Langerhans per l'epidermide umana. Questi corpuscoli, siccome un'altra specie di cellule simili in tutto alle « Schleimzellen » descritte da Leydig, egli pretenderebbe di qualificare per cellule terminali nervose.

Della terminazione dei nervi nei corpuscoli del tatto; del prof. L. Ranvier. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, nov. 1877).

Queste ricerche hanno dato dei risultati analoghi a quelli già ottenuti da Merkel, Ditlevsen (V. *Rivista* anno antecedente), ed altri, secondo i quali i nervi non terminerebbero ad estremità libera. — La struttura dei corpuscoli tattili dell'uomo non è che una complicazione maggiore di quella dei corpuscoli della lingua e del becco dei palmipedi (oca). Presso questi ultimi i corpuscoli si compongono di 2-4 grosse cellule, disposte a colonna l'una sull'altra, e avviluppate da una comune guaina connettiva. Il cilindro assile trafora questa capsula e dà un ramuscolo per ciascuno degli intervalli che stanno fra le cellule ; ciascun ramuscolo, poi, s'avanza in questi intervalli intercellulari, e vi si dilata in un disco

tattile, di forma nummulare, costituito da una sostanza omogenea, che si colora in grigio coll'acido osmico, in violetto col cloruro d'oro. Questi dischi, adunque, non possono ricevere le sensazioni che indirettamente, per mezzo delle cellule fra cui s'adagiano. Secondo l'Autore il contatto degli oggetti esterni agirebbe dapprima sulle cellule del corpuscolo, le quali, forse sviluppando elettricità, calore, od una sostanza chimica irritante i nervi, reagirebbero sui dischi tattili.

Sulla struttura e sui linfatici delle sierose umane; del professor G. Bizzozero e del dottor G. Salvioli. Parte II e III. *Sulla struttura e sui linfatici della pleura e del pericardio*. (*Archivio per le Scienze Mediche*. Vol. II).

In altro lavoro (Vedi *Rivista* antecedente), gli Autori avevano esposto i loro studj sulla struttura del peritoneo diaframmatico. Nel presente si occupano della pleura e del pericardio, prendendo specialmente in considerazione il rapporto dei vasi linfatici colla membrana limitante e col cavo della sierosa.

Anche in queste sierose la struttura varia nelle diverse regioni.

La struttura generale dello stroma della *pleura* varia di poco nelle diverse sue regioni. Se si eccettua la pleura polmonare, nelle altre regioni, salvo lievi differenze nella grossezza e nella direzione degli strati, la sierosa è costituita dai seguenti strati: dall' *endotelio*, le cui cellule posano sulla *limitante*, la quale, alla sua volta, è distesa sul sottilissimo *strato di sostegno*. Al dissotto di questo sta il vero corpo della sierosa, costituito: dallo *strato superficiale*, entro cui sta la rete linfatica superficiale; dallo *strato fondamentale*, in cui scorrono i linfatici profondi, e, alfine, dal *connettivo sotto-sieroso*.

Nella porzione *periferica* della *pleura diaframmatica* i linfatici superficiali costituiscono una rete assai fitta, non pochi canali della quale (formati direttamente dall'allontanarsi l'uno dall'altro di due fasci connettivi dello strato superficiale) arrivano quasi a contatto della limitante. Essi ne sono però separati da uno straterello estremamente fino, formato dalle sottili fibre dello strato di sostegno; ed, oltracciò, la limitante che passa sovra di essi *non presenta alcun foro*.

Nella parte della pleura diaframmatica, che sta al dintorno del centro tendineo (*zona peritendinea*), il rapporto fra i linfatici e il cavo sieroso è assai simile a quello della porzione corrispondente del peritoneo. Se ad occhio nudo si esamina la membrana, si scorge che i fasci connettivi dello strato superficiale sono solitamente disposti paralleli al contorno del centro tendineo stesso, e che assai spesso l'uno di essi si stacca per un certo tratto dal suo vicino, in modo da lasciare delle *lacune* allungate che le injezioni fanno conoscere appartenere alla rete linfatica superficiale. Ora, il lume di queste lacune linfatiche viene limitato verso il cavo pleurico in modo molto incompleto; soltanto cioè (se si prescinde dagli endotelii), da una rete di trabecole connettive, su cui è distesa la limitante *fornita di numerosi fori*.

Nella pleura del *centro tendineo* la porzione periferica presenta molta analogia di struttura colla zona peritendinea, con cui è in continuazione. Nella porzione centrale, invece, i linfatici sono scarsi e profondi, e vengono separati, per mezzo di uno straterello connettivo, dalla limitante, che è continua, *senza fori*.

Nella pleura *costale* ed *intercostale* fanno parte della ricca rete linfatica superficiale numerose lacune linfatiche molto allungate, che tendono a disporsi parallelamente alle coste, e che sono formate semplicemente dal divaricarsi dei fasci di fibre costituenti lo strato reticolato. Come nelle zone peritendinee, il lume di queste lacune è limitato verso il cavo pleurico da una rete di trabecole connettive, su cui passa la limitante *frequentemente pertugiata* al modo solito.

Finalmente, nella *pleura polmonare* i fori della limitante, che mettono in rapporto i linfatici colla cavità sierosa sono assai scarsi, e si trovano di preferenza in corrispondenza delle linee di confine fra i lobuli polmonari sottoposti.

Ben diversi sono i rapporti fra vasi linfatici e cavità della sierosa nel *pericardio*. — Il sottile pericardio *viscerale* lascia con difficoltà isolare la limitante, alla quale, perciò, aderiscono generalmente in discreto numero le fibre dello strato connettivo sottoposto. Il corpo della sierosa viene, poi, diviso, per mezzo di una membranella formata da una rete di fibre elastiche, in due strati; l'uno più grosso e profondo, che è in continuazione col connettivo sotto-sieroso, l'altro superficiale, subendoteliale, più sottile (45-100 μ di spessore). In quest'ultimo stanno i linfatici superficiali, costituenti una fittissima rete di vasi, a maglie molto strette. Molti di questi vasi giacciono così superficialmente, che verso il cavo sieroso il loro lume è limitato semplicemente dalla limitante rinforzata da poche fibre connettive. *Ma in nessun caso questa limitante presenta dei fori*, sicchè qui non si può dimostrare alcuna comunicazione fra i linfatici e il cavo della sierosa. — Questa rete linfatica superficiale per mezzo di numerosi tronchi, che attraversano la rete elastica sopramenzionata, sta in comunicazione colla rete linfatica profonda, la quale giace nello strato connettivo profondo della membrana, e, a sua volta, per grossi tronchi linfatici si connette coi linfatici del miocardio. Questa rete linfatica profonda è più irregolare, meno fitta, e a vasi più grossi della superficiale.

Il grosso pericardio *parietale* consta di varj strati formati di fasci connettivi, i cui assi maggiori sono paralleli in uno stesso strato, mentre incrociano a diversi angoli gli assi dei fasci appartenenti agli strati sovra e sottoposti. Nel profondo della membrana i fasci sono compatti, quasi tendinei. — Nel pericardio parietale i linfatici sono relativamente molto profondi, sottili e regolari. Formano una rete a maglie assai larghe, con direzione prevalentemente parallela ai fasci connettivi fra cui scorrono. — In relazione colla relativa profondità dei vasi linfatici superficiali, la limitante è continua, *priva di fori*.

Injettando per puntura i linfatici del pericardio nella parte in cui esso riveste il centro tendineo del diaframma, gli Autori sono riesciti non di rado a spingere il liquido d'injezione lungo i vasi del centro tendineo, fino nei linfatici del peritoneo corrispondente. Lo stesso accadde varie volte coll'injezione della pleura dei centri tendinei.

Il pericardio sì viscerale come parietale è rivestito da uno strato di endotelio continuo. È frequente trovare fra le cellule endoteliche delle cellule più piccole, a nucleo piccolo, le quali, per adattarsi ai contorni delle cellule endoteliche fra cui stanno, devono assumere svariate forme ramificate, che ricordano quelle che presentano le cellule pigmentate giacenti nell'epidermide e negli epitelii di molti animali. Probabilmente sono cellule semoventi, che stanno attraversando lo strato endoteliale.

Dal fin qui detto risulta che il rapporto dei linfatici col cavo sieroso studiato tanto coll'injezione per puntura, quanto coll'esame dei tessuti, è ben diverso nelle diverse sierose e nelle diverse regioni di una stessa sierosa. Ciò venne confermato anche dalle injezioni tentate semplicemente col versare e mantenere per alcun tempo sulla superficie della sierosa tenuta alquanto distesa una sospensione di granuli d'inchiostro di China nell'acqua. L'injezione dei linfatici riescì nella pleura soltanto in quelle regioni in cui la limitante è pertugiata; e non riescì affatto nel pericardio.

Gli Autori aggiungono alcune osservazioni sull'endotelio tanto dei vasi linfatici quanto della superficie delle sierose. Fra esse meritano menzione quelle che riguardano la forma delle cellule endoteliche della superficie sierosa. Queste cellule non sono sempre, come generalmente si ammette, di forma semplicemente poligonale. Non di rado, specialmente nelle cellule grandi, dalla superficie inferiore dell'elemento, ovvero dalla sua periferia, partono dei prolungamenti, della grossezza di 2-5 μ, lunghi talvolta più di una o due volte il diametro della cellula, e che decorrono o disponendosi *fra* le cellule endoteliche vicine, o adagiandosi *al di sotto* di queste, fra esse e la sottoposta limitante. — Finalmente gli Autori aggiungono la descrizione di alcuni processi patologici da loro studiati, cioè il passaggio delle cellule migranti fra le cellule endoteliche e la moltiplicazione dei nuclei delle cellule endoteliche nella infiammazione, e la *degenerazione cistica* di queste ultime nell'atrofia.

Sulla struttura del globulo sanguigno e la resistenza del suo involucro all'azione dell'acqua; dei dottori BECHAMP e BOETUS. (*Comptes. rend.*, LXXXV, pag. 761).

La membrana dei corpuscoli rossi della rana, del bue, del majale, e del montone non vien distrutta dall'acqua, essa diventa soltanto invisibile; la sua esistenza può di nuovo venire dimostrata per mezzo della colorazione. Per ciò che riguarda la resistenza, essa è minore nei corpuscoli del sangue del montone e del pollo.

Sulla quantità dell'emoglobulina contenuta nei corpuscoli rossi; del dott. MALASSEZ. (*Gaz. hebdom.*, 1877, n. 38).

Il contenuto in emoglobina di ciascun corpuscolo sanguigno si ottiene da Malassez, dividendo la quantità di emoglobina che è contenuta in un millimetro cubo di sangue, e che egli determina con l'aiuto di un nuovo colorimetro, per il numero di corpuscoli sanguigni, che son contenuti nello stesso volume di sangue. Non si tratta qui, naturalmente, che di valori medii, stante la ineguaglianza in grossezza dei corpuscoli. In seguito a molti esami egli ha trovato che in Parigi, per l'uomo sano, la quantità di emoglobina contenuta in ciascun corpuscolo, è di 27,7-32,9 micromilligrammi, cifra che nei sani rimane abbastanza costante anche malgrado le considerevoli oscillazioni del numero dei corpuscoli, mentre negli ammalati, e specialmente nelle diverse forme di anemia, discende sino a 25 ed anche 10 micromilligrammi pur rimanendo costante il numero dei corpuscoli. Malgrado il numero minore dei corpuscoli, negli uccelli la quantità di emoglobina è eguale o maggiore che nei mammiferi; e la ricchezza relativa di ciascun corpuscolo in emoglobina è più grande nei pesci, nei rettili e nei batraci, che negli uccelli, quantunque quelli posseggano proporzionatamente un numero molto minore di corpuscoli che i mammiferi e gli uccelli, ma la ricchezza assoluta in emoglobina del sangue di questi ultimi è maggiore; raggiunge poi il grado minore nei pesci cartilaginosi.

Bisogna ricorrere non solo al diverso volume dei corpuscoli, ma pur anche alla presenza del nucleo, ed alla modificata composizione della sostanza del corpuscolo per darci ragione della diversa ricchezza del sangue in emoglobina.

Nelle clorotiche, per esempio, i corpuscoli rossi contengono minor emoglobina che non nei casi normali, quantunque il loro volume possa essere maggiore.

Sulla formazione del fermento nelle ghiandole; del dott. N. NUSSBAUM. (*Arch. für mikr. Anatomie*, vol. XIII, p. 721-756, tav. XLIII.).

L'Autore aveva già dimostrato che i fermenti amorfi delle ghiandole salivari e gastriche, e del pancreas si colorano in nero sotto l'azione di una soluzione acquosa 1 per 100 d'acido osmico. Egli potè notare che la stessa colorazione nera ha luogo quando si faccia agire lo stesso acido sul fermento ancora contenuto nelle cellule ghiandolari che lo producono; mentre le cellule che non contengono fermenti rimangono indifferenti verso l'acido osmico. La stessa mancanza di colorazione si ottiene quando dalle cellule produttrici di fermenti si sia estratto quest'ultimo per mezzo della glicerina, dell'acqua od altrimenti. Egli si giovò di questa proprietà dell'acido osmico per istudiare le ghiandole salivari di diversi mammiferi; le ghiandole gastriche dei mammiferi, uccelli ed anfibii; e il pancreas della rana. I pezzetti di ghiandola ancor caldi vennero tenuti immersi per 1-2 ore nella soluzione osmica; poi esaminati. Le preparazioni ottenute vennero confrontate con altre

avute da pezzetti della stessa ghiandola che erano pure stati trattati coll'acido osmico, ma dopo essere stati liberati del loro fermento colla immersione prolungata per 2-3 giorni in glicerina. Il resto della ghiandola venne adoperato per la preparazione di estratti da servire a ricerche digestive. A questo modo si determinava sperimentalmente l'attività digestiva della ghiandola, e la si comparava colle figure microscopiche che la ghiandola dava trattata coll' acido osmico dopo esser stata o no privata del suo fermento per mezzo della glicerina. A questo modo si poteva escludere l'obbiezione che l' annerimento delle cellule ghiandolari fosse dovuto non a fermento, ma a grasso; chè questo, a differenza delle cellule contenenti fermento, non perde la facoltà di annerire per l'acido osmico dopo essere stato estratto colla glicerina.

Ghiandole salivari. — Nella sotto-mascellare del *coniglio* nessuno era ancora giunto a determinare un' alterazione anatomica durante l'attività secernente. L'Autore invece pervenne facilmente a dimostrare che in essa il fermento risiede soltanto nelle cellule, che stanno in quella parte dell'alveolo che sbocca direttamente nel condotto escretore (*dotto intercalare* di Ebner). Queste cellule si colorano intensamente coll'osmio, mentre le altre dell'alveolo rimangono indifferenti. L'attività secernente viene destata facilmente irritando per 2-3 minuti con etere la mucosa boccale di un coniglio a digiuno, che dopo viene rapidamente ucciso con un taglio al collo, per poterne tosto preparare la ghiandola. Gli alveoli delle sotto-mascellari della *pecora*, *vitello*, *cavia* e *sorcio* contengono, com' è noto, cellule mucipare e cellule protoplasmatiche; ora, queste ultime anneriscono assai coll'osmio, il che va d' accordo colla forte attività diastatica degli estratti ghiandolari; mentre nel *cane* le cellule protoplasmatiche non s'anneriscono, e, corrispondentemente, l' estratto non ha alcuna facoltà diastatica. L'Autore spiega questo fatto curioso, facendo considerare che il cane è carnivoro e, di conseguenza abbisogna poco o nulla di fermento saccarificante; in esso le cellule protoplasmatiche sono un organo rudimentale. La sotto-mascellare del *porco* e la *parotide* del *vitello* non danno estratto saccarificante; il che va d' accordo colla mancanza in essi di cellule che anneriscono coll'osmio. La quantità del fermento in tutte queste ghiandole diminuisce quando esse vengano lungamente eccitate coll'elettricità. Il che fa credere, in unione ai fatti sovraesposti, che il fermento non è il prodotto di una distruzione delle cellule (come da alcuni si sostiene), ma sì, invece, il prodotto della chimica attività di cellule viventi ed attive.

Ghiandole gastriche. — Nello stomaco del cane, porco, cavallo e coniglio, nella mucosa digerente corrispondente della *Columba domestica* e della *Rubicilla foenicurus*, nell'esofago della rana (che secondo recenti ricerche, secerne pepsina), l'Autore trovò che si colorano in nero quelle cellule che corrispondono alle cellule a *pepsina* degli antichi autori (Belegzellen di Heidenhain). L'annerimento giungeva al massimo 4-5 ore dopo l' introduzione degli alimenti. Le altre forme cellulari, cioè le

Hauptzellen delle ghiandole a pepsina (Heidenhain), le cellule delle ghiandole cosidette mucipare della porzione pilorica, le ghiandole a simile struttura della parte cardiaca dello stomaco del porco, e le cellule spinose del fondo cieco gastrico del cavallo non anneriscono nell' osmio. L'Autore, per ciò e per altre ragioni che qui sarebbe lungo l'addurre, ritiene che queste cellule non siano atte a fabbricare pepsina; mentre questa facoltà sarebbe riservata alle *Belegzellen*; sicchè a quest'ultime esso propone che si conservi il nome di cellule a *pepsina* con cui erano designate.

Pancreas. — Il pancreas della rana dimostra assai bene che tutte le sue cellule contengono fermento, e che la quantità di questo va crescendo dopo la morte. Fermento contengono pure le *ghiandole pancreatiche appendicolari* (Schwalbe) della mucosa del duodeno dei conigli, mentre non vengono colorate dall'osmio le ghiandole di Lieberkühn e quelle di Brunner.

Nel *fegato* simili osservazioni non riescono, poichè anche la bile annerisce coll'osmio. — Nei *globuli bianchi* del sangue l' annerire coll'osmio è forse dovuto a quel fermento con cui essi contribuiscono alla coagulazione della fibrina.

Su di una certa ghiandola tubolosa delle ghiandole salivari; del dottor J. Bermann. (*Centralblatt*, 1877, p. 897).

Nella ghiandola sotto-mascellare del coniglio e dell' uomo l'Autore trovò una ghiandola tubolosa composta, che è applicata su uno dei maggiori condotti salivari, e i cui canali decorrono tortuosi l'uno intorno all'altro. Essa è annessa al condotto Wartoniano, e differisce completamente per la struttura dal restante parenchima ghiandolare. L'Autore promette ulteriori comunicazioni su questo nuovo organo di secrezione.

Nota sui linfatici delle ghiandole mucose; del dott. P. Kidd. (*Quart. Journ. of micr. sc.* XXVI, p. 386).

In seguito ad injezioni per puntura che sotto la scorta di E. Klein, l' Autore ha fatto nella faringe e nell' esofago di cani recentemente uccisi, egli ha potuto notare che le ghiandole mucose della faringe sono provvedute di un sistema linfatico; questo sistema è formato da spazii linfatici, che circondano i singoli grappoli delle ghiandole, e sono muniti di un rivestimento endoteliare reso evidente trattandoli col nitrato d'argento.

Siccome in quelle della faringe, così nelle ghiandole mucose dell'esofago e della lingua si osserva un sistema linfatico, per quanto Teichmann lo avesse negato. Spazii linfatici rivestiti da una membrana endoteliare si trovano pure tra i fasci muscolari della faringe.

Sulla secrezione del pancreas; dei dottori W. Kühne ed A. Sh. Lea. (*Heidelb. naturhist. med. Verhdlgn.*, I, fasc. 5).

Gli Autori hanno studiato il pancreas di giovani conigli estraendone il mesentere per mezzo di piccola ferita e stendendolo sotto il microscopio. Messisi così, secondo essi, in condizioni molto vicine alle nor-

mali videro la superficie esterna delle vescicole ghiandolari del pancreas talora piana, talora invece suddivisa in tante porzioni di forma sferica, corrispondenti alle singole cellule sotto-giacenti, le quali sono separate l'una dall'altra per mezzo di una linea talora a doppio contorno che si prolunga sino verso il lume del fondo cieco ghiandolare. Nell'animale vivo questi due modi di presentarsi della superficie si succedono l'uno all'altro. Si osserva il primo negli animali ammalati o sofferenti, il secondo nei robusti ed in piena digestione. Si può produrre il primo con passeggiere alterazioni della circolazione sanguigna, con raffreddamenti, forti correnti d'induzione ed avvelenamenti coll'atropina; al contrario con rapide injezioni pel condotto escretore fatte con liquidi innocui, con instillazioni di estratto di jaborandi, eccitando modicamente colla corrente faradica si produce il secondo, che corrisponde allo stato di attività della ghiandola, nel quale gli Autori, osservarono molto più manifesto che nello stato di riposo dei fini tratteggiamenti che percorrono all'ingiro la cellula pancreatica.

A quanto Heidenhain aveva già osservato intorno alla costituzione delle cellule delle ghiandole secernenti gli Autori hanno in aggiunta osservato, che i granuli che si trovano nella zona nucleata, per una secrezione troppo protratta s'impallidiscono, diminuiscono di volume e quindi spariscono.

Dall'avere osservato che corpuscoli bianchi del sangue caduti nell'interno del canale centrale del fondo cieco ghiandolare vengono disciolti, mentre ciò non succede quando essi stanno fra le cellule, e fra queste e la membrana cellulare, conclusero gli Autori che il succo pancreatico perfetto vien separato dalle cellule, non in un punto qualunque della loro superficie, ma solo al loro apice, ovvero in quel tratto che esse rivolgono al lume della ghiandola.

Già ad occhio nudo si vedono in pezzi freschi di pancreas dei piccoli *granuli biancheggianti*, i quali, in preparati resi trasparenti ed injettati dall'arteria, presentano alcunchè che richiama alla mente i glomeruli vascolari o le reti mirabili vascolari, fra cui si osservano mucchi ben delimitati di cellule piccole ma a grosso nucleo, assai diverse dalle rimanenti cellule pancreatiche. Questi granuli, che probabilmente costituiscono una nuova forma ghiandolare nel pancreas, furono dagli Autori designati quali *ammassi cellulari intertubolari* del pancreas.

Dei nervi del pancreas, alcuni sotto forma di fibre non midollate, ricche in ganglii, entrano dall'ilo costeggiando i vasi ed il condotto escretore e vanno ai singoli fondi ciechi; altri vengono dal mesentere al margine della ghiandola, ma si rendono prima ai condotti escretori, e solo dopo aver seguito il decorso di questi ultimi si rendono al parenchima secernente.

Sul sistema venoso; del dott. Cadiat. (*Gaz. méd. de Paris*, 1877, n. 9).

È degno di nota, nel presente lavoro, quanto riguarda le valvole ve-

nose. Solitamente queste ultime vengono descritte come una ripiegatura della tonaca intima.

Invece, secondo l'Autore, la parte principale della valvola verrebbe fornita da una sporgenza della tonaca media, rivestita da un' intima *modificata*, per ciò, che quella superficie della valvola che guarda verso i capillari sarebbe ricoperta da entrambi gli strati dell' intima venosa, mentre la superficie rivolta al cuore porterebbe soltanto l'endotelio. I muscoli circolari della media sono notevolmente ingrossati a livello della valvola, mentre mancano per un certo tratto al disopra di essa.

Dei rapporti dello sviluppo del polmone e sua struttura; del dottor Cadiat. (*Journ. de l'anat., ecc.*, 1877, pag. 591).

Dalla fusione del primitivo epitelio polmonare si forma una membrana nucleata epiteliare, che riveste la parete del polmone adulto, ed alla quale si adatta immediatamente la rete capillare.

Nota sui linfatici del polmone; del dott. J. Grancher. (*Gaz. méd. de Paris*, 1877, n. 9).

L'Autore distingue i linfatici polmonari, a seconda dei loro rapporti colle diverse suddivisioni del polmone stesso, in perilobulari, periinfundibolari e perialveolari. Quelli d'un lobulo comunicano riccamente con quelli degli altri. Oltre a questi, egli descrive una rete peribronchiale, nella quale mettono capo i vasi bronchiali sotto-mucosi, e quelli delle ghiandole bronchiali. Anche i vasi sanguigni polmonari hanno un loro speciale apparato linfatico, il quale si comporta verso di essi all' incirca come i linfatici perivascolari verso i vasi sanguigni del cervello; non estendendosi, peraltro, fino ai distretti capillari.

Dell'apparato nervoso dei polmoni; del dott. W. Stirling. (*Brit. med. Journ.*, 1876).

Sui bronchi, vicino alla base dei polmoni, inseriti sul decorso del simpatico e del vago, trovansi dei numerosi ammassi di cellule nervose, che spesso sono già visibili ad occhio nudo. Essi sono in relazione con fibre sia midollate, che pallide; le prime servirebbero, secondo l'Autore, all' innervazione motoria della muscolatura bronchiale, le seconde alla sensibilità.

Sulle fibre muscolari striate nelle pareti delle vene polmonari; del prof. L. Stieda. (*Arch. für mikr. Anat.*, XIV, p. 243, con 2 incisioni).

Sulla muscolatura striata nelle vene polmonari; del prof. C. Arnstein. (*Centralblatt*, 1877, p. 692).

Risulta dalle ricerche di Stieda che dall' orecchietta sinistra le fibre muscolari si stendono sulle vene polmonari, e giungono a diversa distanza a seconda degli animali. Nell'uomo, nella cavia e nel cane arrivano fino all' ilo polmonare e si distinguono in uno strato circolare interno, e in uno strato longitudinale esterno; nella scimia, nella talpa e nel topo hanno decorso circolare e penetrano nel polmone; nel pipi-

strello e nel sorcio penetrano di tanto nel polmone, che nelle piccole vene la parete è fatta quasi per intero da fibre muscolari striate.

Arnstein conferma le osservazioni di Stieda, e constata che la struttura di queste fibre è identica a quelle del miocardio, sicchè la muscolatura striata delle vene polmonari può considerarsi come propaggine di quella del cuore. Riguardo al suo officio, può considerarsi come un sostituto di un apparecchio valvolare.

Intorno all'epitelio della vescica urinaria; del dott. J. Paneth. (Dall'Istituto fisiologico della università di Vienna). (*Wiener academ Sitzüngsber.*, 1876, LXXIV, 3).

Ecco come, secondo l'Autore, sta l'epitelio in quelle vesciche urinarie che si esaminano *in istato di contrazione*. Il primo strato è composto di cellule abbastanza appiattite, ma non tanto quanto le più superficiali dell'epitelio pavimentoso di altre regioni. Tengon dietro a queste procedendo dall'alto in basso, le cellule del secondo strato in cui prevale il diametro verticale; esse hanno nel loro terzo o nella loro metà superiore un nucleo ovale, e la loro estremità inferiore termina a punta, ovvero è dentellata, o conformata a trombetta, chiodo, ecc. Ancor sotto a queste si trovano poi cellule quasi interamente riempite da un nucleo ovale, le quali presentano ben poco distinta la linea di demarcazione che dovrebbe separarle l'una dall'altra.

L'epitelio invece delle vesciche orinarie tolte dall'animale recentemente ucciso, *molto distese* per mezzo di alcool assoluto, ed immerse nello stesso liquido presenta esclusivamente cellule pavimentose appiattite, mancando qui le cellule a diametro verticale prevalente.

In vesciche *appena mediocremente riempite*, in modo che la pressione interna non sia grande, si trovano forme di passaggio fra quelle descritte nei due altri casi.

Appare, così, come la forma dell'epitelio si modifichi a seconda della distensione a cui lo strato epiteliare viene assoggettato.

Sull'endotelio sub-epiteliare dell'uretra umana; del dott. Stroganow. (*Peterb. med. Wochenschr.*, 1877, n. 4).

L'Autore volle nello studio dell'endotelio sub-epiteliare dell'uretra umana, usare il nitrato d'argento come aveva di già proposto Debove per altri endotelii sotto-epiteliari. Ed anche qui si ottennero magnifici risultati. Tra il tessuto connettivo sottostante e l'epitelio immediatamente al disotto di questo, si trova uno strato continuo di cellule piatte, le quali, eccezione fatta di quei casi in cui esse, perdendo il loro aspetto e le proprietà loro morfologiche acquistano un carattere patologico, sono del resto aggruppate tra loro a modo di festone, e sui loro punti di mutuo contatto presentano delle figure, che richiamano gli stoma o stigma delle altre superficie endoteliari.

Sotto questo strato ed applicata fortemente ad esso, si rinviene nel sottostante tessuto una fitta rete di capillari sanguigni e linfatici.

Intorno ad ovarii accessorii; del dottor H. Beigel. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1877, pag. 268).

L'Autore ha potuto constatare tutti i caratteri istologici dell' ovajo in quei piccoli tumoretti, che spesso si presentano sull'ovajo alla linea di confine del peritoneo; formazioni che sino ad ora furono qualificate per fibroidi.

Studii sulla mucosa uterina nella mestruazione, nella gravidanza e nel puerperio; del dottor G. Leopold. (*Archiv. für Gynäkol.* XI, p. 443).

La mucosa uterina viene notevolmente modificata nella sua grossezza e struttura dalla pressione dell'uovo ingrossantesi. Infatti, dal principio della gravidanza essa va man mano ingrossando fino a sorpassare lo spessore di 1 cent.; alla fine del 5° mese, però, allorchè l' uovo, per le proporzioni che ha acquistato, si applica completamente contro le pareti uterine, la decidua vera comincia ad appiattirsi, e pel progressivo sviluppo dell'uovo essa si appiattisce di tanto che alla fine della gravidanza non ha più che 1-2 mill. di spessore. La decidua reflessa e la serotina vanno, invece, assottigliandosi fino dal principio, la prima per la pressione su di essa esercitata dall'uovo che ingrandisce, la seconda a cagione della placenta, che, nel crescere, in parte la prende in se, in parte la comprime. Sicchè, mentre al principio della gravidanza la prima misurava 3 mill.; l'altra 7 di spessore, alla fine della stessa la prima non giunge a 1/2, la seconda a 2 mill. Contemporaneamente e per le stesse ragioni si alterano le ghiandole di queste membrane. Nella decidua vera le ghiandole fino al 6° mese sono lunghe, spirali, allargate all'estremità inferiore, ove l'epitelio è meglio conservato che nell' estremità superiore, dopo il 6° mese, per la distensione, esse s' allargano in senso trasversale, diventano come fessure, e presentano l' epitelio caratteristico solo in quelle di esse che stanno più vicine alla muscolatura. Nella reflessa e nella serotina le ghiandole sono già allargate fino dal principio; nella prima scompajono verso il 5° mese; nella seconda si trasformano in spazii irregolari, che formano una specie di tessuto spugnoso, che si conserva fino al principio del parto. Col rapido crescere della placenta si sviluppano nella serotina le note cellule giganti, che s' infiltrano anche nel connettivo degli strati muscolari più interni, specialmente nella vicinanza dei più grossi vasi sanguigni. Alla fine della gravidanza queste cellule penetrano nei vasi sanguigni, li otturano, danno luogo a trombosi totale, e sequestrano, così dalla circolazione interi distretti vascolari.

Dell'ovario durante la gravidanza; del dott. L. De Sinéty. (*Comp. rend.* LXXXV, p. 342).

L'atresia che ha luogo durante la gravidanza nei follicoli di Graaf, anche quando essi non si aprono, è, secondo l'Autore, affatto differente da quella che occorre nei follicoli non aperti nelle donne non gravide. La più spiccata particolarità della prima forma di atresia si è questa,

che la membrana propria del follicolo si trasforma in un grosso strato di tessuto adenoide, il quale, invece manca nella seconda.

Contribuzione allo studio delle ghiandole della pelle e dei loro muscoli; del dott. HESSE. (*Zeitschr. f. Anat. und Entwicklungsgesch.* II, pagina 274).

Dai singoli follicoli dei peli si partono delle fettuccie muscolari che riunendosi a tre o quattrò insieme, formano il muscolo erettore del pelo, piastra muscolare concava a modo di fionda, la quale non termina superiormente con un solo capo, ma si divide, come l'inferiore, in due o tre lembi.

Le fibre muscolari che compongono questo muscolo servono anche a cacciar fuori il secreto delle ghiandole sebacee; esse decorrono fra l'epitelio della ghiandola sebacea e quello strato omogeneo, che, quale membrana propria, separa la parete ghiandolare dal connettivo circostante. Questo fatto che nell'ascella si riscontra senza eccezione, spiega come, colla contrazione di questo muscolo, il sego deva venire spremuto all'esterno.

Per quanto concerne la formazione dei peli e delle ghiandole sebacee, si osserva nella pelle del capo che essa avviene negli adulti siccome nell'embrione, per robusti zaffi epiteliari che si dipartono dalla superficie inferiore del reticolo, senza che vi partecipi la guaina della radice dei peli preesistenti.

Sulle ghiandole di Meibomio; del prof, S. RICHIARDI di Pisa. (R. Accademia dei Lincei, 4 marzo 1877).

Si crede generalmente che le ghiandole di Meibomio esistano in tutti i mammiferi, eccetto i cetacei. Richiardi ha trovato, invece, che tali organi mancano pure nei cammelli; e che in questi alla funzione delle ghiandole di Meibomio suppliscono le ghiandole sebacee della caruncola lagrimale, la quale è enormemente sviluppata, raggiunge la superficie di oltre 860 mill. quadrati (1) e riempie tutto l'angolo interno dell'orbita, respingendo profondamente la ghiandola di Harder.

Sulla tessitura della sostanza fondamentale fibrillare della cornea, e sui suoi rapporti col sistema dei canalicoli plasmatici; del dott. RAEHLMANN. (*Arch. f. Ophth*, XXIII, pag. 165).

Su di un sistema di spazii linfatici nell'epitelio corneale; dello stesso (Ibid. p. 182).

Le fibrille corneali e i fasci che esse, disponendosi parallelamente, costituiscono sono, secondo l'Autore, facilmente dimostrabili coll'injezione per puntura nel tessuto della cornea di inchiostro, ovvero di una miscela di paraffina ed olio di mandorle che si liquefà a 27°,5. A differenza della rana in cui i fasci connettivi s'incrociano ad angolo retto, nel vitello e nel coniglio s'incrociano ad angolo acuto. Nel coniglio (che l'Autore adoperò specialmente per lo studio) i fasci sono fortemente appiat-

(1) Secondo una comunicazione verbale fattami dall'Autore. (*Rel.*)

titi; tanto i diversi fasci, quanto i fasci dei diversi strati della membrana si incrociano fra loro. Oltracciò essi s'intrecciano fittamente l'uno coll'altro, dando origine, così, ad una tessitura molto compatta. Questo intreccio ha luogo soltanto fra fasci di strati vicini, cosicchè non s' incontrano dei fasci che attraversino trasversalmente la membrana; soltanto negli strati anteriori di questa se ne incontrano di obliqui, i quali sono già conosciuti sotto il nome di fibre arcuate. Nel sistema di vani che sta fra i fasci intrecciati giacciono le cellule corneali, la cui disposizione, sia riguardo al corpo della cellula, che riguardo ai suoi prolungamenti, si modella su quella dei fasci stessi; sicchè esse pure si mantengono parallele ovvero (dove i fasci sono obliqui) alquanto oblique alla superficie della cornea. I canalicoli plasmatici in cui le cellule stanno non avrebbero, secondo l'Autore, parete propria; le cellule, in quella vece, giacerebbero in una massa molle, che aumenta di consistenza quanto più si avvicina ai fasci di fibrille fra cui, insieme alle cellule, è racchiusa.

Injettando dell'inchiostro, si riempiono nello strato epiteliale della cornea degli spazii preformati, che servirebbero al trasporto dei succhi nutritivi. Secondo l'Autore essi non avrebbero proprie membrane, e corrisponderebbero o a semplici interstizii fra le singole cellule, o a canali scavati nella sostanza cementante delle cellule stesse (1).

Osservazioni sopra i nervi della cornea ed i suoi vasi; del dottore Koenigstein. (Dall'Istituto fisiologico della Università di Vienna). (*Wiener acad. Sitzungsber.* 1877, LXXVI, 3).

I precedenti osservatori facevano derivare *tutte* le ultime sottili fibre nervose della cornea dalla successiva suddivisione di più voluminose fibre primitive. Su questo punto non concorda l'Autore nella descrizione che egli dà delle suddivisioni e diramazioni dei tronchi nervosi nella cornea dell'uomo, di diversi mammiferi, di uccelli, rettili, anfibii e pesci, descrizione fondata nei preparati da lui ottenuti col cloruro d'oro.

Coi più forti ingrandimenti egli ha potuto constatare che fibre così tenue da raggiungere quasi la sottigtiezza delle ultime diramazioni si trovano già nei fasci che dalla sclerotica entrano nella cornea, e si possono poi seguire sino nei tronchi dai nervi cigliari e nelle radici del trigemino. Per cui delle più sottili fibre nervose, che costituiscono le ultime diramazioni, una parte proviene direttamente dall'organo centrale ed *una parte soltanto* deve la sua origine alla successiva suddivisione di fasci primitivi.

(1) Già da alcuni anni io ho dimostrata l'esistenza di spazii *intercigliari* fra le cellule degli epitelii stratificati. Questi spazii vennero più tardi injettati da Key e Retzius, come ho riferito nella *Rivista* dell'anno scorso, e formarono oggetto per la parte patologica dell'epitelio corneale ad una pregevole Memoria di Leber pubblicata negli (*Arch. für Ophthalm.* di questo anno. Bizzozero).

Nell'uomo i vasi sanguigni, sia che formino semplici anse, sia che presentino anastomosi trasversali, accompagnano, nè intrecciandosi nè diramandosi, i fasci nervosi in un piano sottoposto a quello della rete vascolare pericorneale. Nelle pecore e nei vitelli le anse vascolari sono più notevoli perchè il loro sviluppo sta in relazione colla maggiore ampiezza dei fasci nervosi, che esse accompagnano (una o due per ogni fascio), avanzandosi molto innanzi dalla periferia, tanto da raggiungere non di rado persino il centro della cornea.

Lo stesso fatto si presenta nel gatto e nel cane, mentre nel coniglio e negli anfibii, riuscì impossibile all'Autore di dimostrare queste anse vascolari. Nelle rane e nei rospi si hanno soltanto tenuissimi archi capillari che giungono all'orlo pigmentato che sta all'intorno della cornea. Nel carpione e nel luccio semplici anse si avanzano molto innanzi nella cornea; nei rettili, poi, i vasi si presentano più numerosi e più robusti.

Sui piedi delle fibre nella periferia della lente cristallina; del dottor Ritter. (*Arch. für Ophthal.* XXIII, p. 157).

Negli embrioni dei mammiferi al davanti della capsula posteriore della lente giacciono dei globi chiari disposti in doppio strato. Questi globi, secondo l'Autore, non sono altro che l'estremità delle fibre della lente che giacciono loro dinanzi, colle quali essi presentano una graduata trasformazione. Essi possono, quindi, considerarsi come piedi delle fibre stesse (*Faserfüsse*).

Terminazioni nervose dell'iride; del dott. Meyer. (*Centralblatt für die med. Wissens.* 1878, N. 1).

Il prof. C. Arnstein piglia occasione dalla pubblicazione di un lavoro di C. H. Pause « sopra i nervi dell'iride » per rendere noti i risultati ottenuti dal suo scolaro A. Meyer, nelle ricerche fatte sullo stesso argomento. Nell'iride dei conigli albini si possono con certezza vedere: 1° un reticolo terminale nervoso-motorio nello sfintere della pupilla; 2° un reticolo di nervi sensibili nella superficie anteriore dell'iride immediatamente sotto l'endotelio; 3° una rete nervosa vaso-motoria nelle arterie e nei capillari.

Le fibre nervose midollari perdono la loro guaina e si risolvono in finissime fibrille per pigliar parte alla formazione degli apparati terminali motorii o sensibili. Anse terminali, libere terminazioni, e speciali apparati terminali mancano nell'iride. Questi si diportano morfologicamente come nelle altre regioni.

Nello sfintere della pupilla le fibre nervose corrono tra le fibro-cellule muscolari e si applicano immediatamente ad esse con le stesse forme descritte da Löwit e Gescheidlen per gli altri muscoli lisci.

Lo stesso rapporto si osserva fra le fibro-cellule muscolari delle arterie e le finissime fibre nervee varicose che partendo dal plesso di fibre pallide perivascolare vanno a circondare il vaso.

La configurazione del reticolo terminale nucleato che riveste i capillari dipende interamente dalla formazione delle maglie del sistema capillare a cui una parte soltanto delle fibre nucleate nervose stà immediatamente applicata. Queste fibre vasomotorie sono più evidenti nella coroidea.

Anche nello stroma connettivo dell'iride si osserva una rete di pallide fibre nervose indipendente, in parte nucleate e più a larghe maglie che non il reticolo di nervi sensorii posto alla superficie dell'iride. Questo consta di fibrille straordinariamente fine non nucleate, che si radunano in un reticolo a strette maglie, come quello sotto epiteliare della cornea.

Nell'iride dei conigli albini non si potè scoprire cellule ganglionari; cellule molto simili alle ganglionari si trovarono invece nell'iride dell'uomo. Si è finalmente potuto confermare l'osservazione di Arnold che fibre-pallide si trovano non solo alla periferia ma puranco nei tronchi nervosi forniti di mielina, e ciò contrariamente all'osservazione di Pause.

Contribuzione allo studio dell'epitelio pigmentato della coroide; del dott. Herm. Kühnt. (*Centralblatt für med. Wiss.* N. 19, 12 maggio 1877).

Le cellule epiteliari pigmentate della coroide sono nella parte posteriore del bulbo di forma rotonda, ed all'*equatore* ed in prossimità dell'*ora* sono di forma allungata. Esse presentano alla loro periferia degli angoli che variano in numero nelle varie cellule, presentandosene 7, 8, 9 nelle più grandi, 4 nelle più piccole, 6, 7 in quelle di media grandezza che sono anche le più numerose. Ognuna delle cellule più grosse a sei o più angoli è contornata da altrettante piccole cellule, che le formano all'intorno delle serie concentriche. L'elemento, che stà in mezzo a queste serie ha una forma ovale quando lo spazio non è tanto ristretto, il che porterebbe a credere che tutto quest'epitelio fosse composto originariamente negli embrioni e nei neonati di ammassi di cellule ovali, in ognuno dei quali vi fosse una grossa cellula nel mezzo con una o due serie di cellule piccole all'intorno. Una lista di materia cementante tien separati l'uno dall'altro gli elementi epiteliari presentando qua e là qualche rigonfiamento.

La cellula epiteliare pigmentata è composta di due parti: 1° Quella rivolta verso la membrana capillare della coroide non contiene pigmento, presenta il nucleo munito di nucleolo, ed, intorno a questo, due strati concentrici di protoplasma, di cui il più esterno isolato si và ad attaccare alla sostanza cementante che circonda la cellula, mentre l'interno aderisce al nucleo e resta foggiato a modo di stella; 2° quella rivolta verso la retina pigmentata, divisa in tante fibrille longitudinali che si interpongono fra i coni ed i bastoncini, ciascuna delle quali può a sua volta suddividersi in tanti segmenti pigmentati, o non, che vanno fra loro intercalandosi, in modo però che l'estremità libera è priva di pigmento.

La pigmentazione leggera nella parte posteriore del bulbo si fa più intensa all'equatore ed avvicinandosi all'*ora*, dove raggiunge il suo maximum di intensità.

Dopo di avere per tal modo descritto i singoli elementi epiteliari pigmentati ed il modo loro di disporsi in membrana continua, passa l'Autore a studiarne lo sviluppo e la riproduzione, e in seguito a ricerche fatte in individui di tutte le età, su feti, su neonati, su adulti e persino su vecchi di 93 anni egli viene alla conclusione, che in ogni periodo della vita è evidente la moltiplicazione degli elementi, e che l'epitelio pigmentato non cessa, quindi, mai di rinnovarsi, e che nella vita postembrionale la moltiplicazione cellulare si fa in proporzioni varie nelle varie parti del bulbo.

Termina descrivendo il modo con cui si compie l'involuzione della cellula epiteliare pigmentata, di cui incominciano i margine a farsi irregogolari e dentellati, il nucleo si atrofizza ed in ultimo non ne resta che un ammasso rotondo od angoloso di granuli di pigmento.

VARIETÀ

Associazione Medica Italiana. — Commissione esecutiva.

Circolare ai Comitati Medici per l'VIII Congresso generale dell'Associazione da tenersi in Pisa dal 22 al 29 settembre 1878.

Analogamente alla Circolare 9 gennajo 1877 il Congresso generale dell'Associazione medica italiana si riunirà in Pisa dal giorno 22 settembre a tutto il 29 inclusivo.

Oltre alle adunanze generali, il Congresso avrà le seguenti Sezioni.

Medicina.
Chirurgia.
Medicina pubblica, Freniatria e Statistica.
Anatomia e fisiologia umana e comparata.
Anatomia istologica e Patologia sperimentale.
Ostetricia, Pediatria e Ginecologia.
Oftalmojatria, Otojatria e Laringoscopia.
Sifilodermopatia.
Farmacologia e metodi terapeutici speciali (Elettroterapia, Idroterapia, ecc.).
Esposizione di opere, istrumenti, ed oggetti appartenenti alla medicina.

Il Congresso a norma dello Statuto sarà composto dalla Commissione esecutiva o de' suoi rappresentanti, dei Delegati dei singoli Comitati, di tutti que'membri dell'Associazione che vorranno prendervi parte, degl'invitati, non che dei soci liberi.

Per essere ammesso col titolo di socio libero conviene pagare L. 10 all'atto dell'iscrizione o meglio inviarle, col mezzo di *vaglia postale*, al Cassiere dell'Associazione sig. Domenico Garneri (Roma, Via della Vite 20) almeno dieci giorni prima dell'apertura del Congresso.

Per i membri dell'Associazione nazionale dei medici condotti il diritto di ammissione potrà ottenersi con sole L. 5. I nomi dei Delegati saranno annunziati alla Presidenza della Commissione Esecutiva (Roma Via Ripetta 154) al più presto possibile. I Delegati dovranno anche inscriversi nel relativo elenco all'atto di presentarsi nella Sala del Congresso.

Seduta inaugurale generale.

La seduta inaugurale sarà comune tanto all'Associazione medica italiana, quanto all'Associazione nazionale de'medici condotti, che nel medesimo tempo tengono il Congresso in Pisa; ne avrà la presidenza l'uf ficio presidenziale del Comitato medico locale (Stat. art. 12) e s'inizierà con un discorso del Presidente prof. C. Minati, cui terran dietro quelli delle autorità governative e comunali.

Terminata questa solennità, il Congresso dell'Associazione medica italiana si riunirà nella Sala di sua destinazione per trattare gli argomenti d'interesse sociale a quelle tesi che furono adottate dall'antecedente Congresso generale.

Prima tornata.

(*Presidenza provvisoria dell'Ufficio presidenziale del Comitato medico di Pisa*).

1.° Relazione del Presidente della Commissione Esecutiva sull'andamento dell'Associazione nel biennio 1876-78.

2.° Nomina della Presidenza definitiva del Congresso composta di un Presidente, due Vice-Presidenti, un Segretario, due Vice-Segretari.

3.° Designazione per parte del Presidente, dei singoli Delegati che dovranno costituire i seggi provvisorj delle Sezioni.

(*Ciascun seggio provvisorio delle Sezioni sarà costituito dal Presidente del Congresso per mezzo di un delegato, il quale chiamerà a Presidente provvisorio il più anziano fra i presenti e a Segretario il più giovane. Il Presidente provvisorio nominerà quindi due Scrutatori e inviterà la Sezione a nominare, per ischede segrete, il seggio definitivo, formato di un Presidente, un Vice-Presidente e due Segretari.* — Deliberazione presa nell'adunanza del 7 settembre 1877 dalla Commissione Esecutiva).

4.° Deliberazione riguardante l'ora, e il numero delle sedute da tenersi in ciascun giorno. Il Congresso avrà cura di coordinare le sue adunanze in modo che i Socj abbiano agio d' intervenire alle adunanze delle Sezioni.

5.° Nomina, da parte del Presidente, delle Commissioni incaricate di visitare gl'Istituti sanitari della Città.

6.° Resoconto economico finanziario biennale presentato dall'Économo-cassiere e relativa consegna dei documenti annessi. Nomina fatta fra i Delegati, dei Sindaci revisori del Resoconto finanziario.

Seconda tornata e successive.

7.° Relazione della Commissione nominata dal Congresso di Torino per riferire sul tema trattato dal prof. Raffaele di Napoli, intitolato: *Della dignità del medico nelle questioni di giustizia e delle relative riforme all'attuale legislazione*. (Relatore prof. Toscani di Roma).

8.° Stabilire una *Società medico-tipografica* mediante azioni, collo scopo di pubblicare le opere mediche più importanti, che verranno scritte da medici italiani. (Relatore prof. Sangalli di Pavia).

9.° Quali sono le influenze del metodo, ormai cotanto esteso nell' agricoltura di servirsi delle materie escrementizie umane, sull'igiene pubblica e quali i rimedi contro le nocive conseguenze che ne possono derivare. (Relatore dott. Agostini di Verona).

10.° Sulla uniforme organizzazione in Italia della Statistica medica comunale e soprattutto del Bollettino settimanale delle cause di morte.

Riguardo a questo tema che doveva trattarsi al Congresso di Torino, si deliberò dal Congresso stesso che, in vista della sua grande importanza, e in vista anche della molta competenza dell'egregio relatore del tema, il dottor Amerigo Borgiotti, fosse rimandato al Congresso di Pisa. Quantunque il nominato tema sia già stato pubblicato per le stampe dal suo Autore, la Commissione esecutiva lo ha inserito nel presente programma nell'intendimento di discuterne le conclusioni in seno al Congresso.

11.° Proposte *extra ordinem* d'interesse generale, che il Congresso avrà giudicato urgenti per essere ammesse alla discussione, dopo esaurito l'ordine del giorno.

12.° Relazione dei Sindaci sul Resoconto economico-finanziario. — Scelta della sede del futuro Congresso generale. — Nomina della Commissione esecutiva pel successivo biennio sociale. — Relazione delle varie Commissioni incaricate di visitare gli Stabilimenti sanitarj. — Relazione del Giurì della esposizione degli oggetti ed opere appartenenti alla medicina.

13.° Chiusura del Congresso.

Il Programma delle Sezioni unitamente alle norme generali del Con-

gresso verrà pubblicato, due mesi prima dell'apertura del Congresso, dal Comitato Medico di Pisa.

Roma, 11 luglio 1878.

Per la Commissione Esecutiva.

Prof. *F. Ratti* Presidente — Prof. *D. Toscani* — Dott. *G. Bastianelli* Vice-Presidenti — Dott. *C. Brunelli* Segretario.

Ottavo congresso dell' Associazione Medica italiana. — *Comitato provinciale di Pisa.*

Invito ai Comitati dell'Associazione e a tutti i Sanitarj d'Italia.

È di grande onore, e di somma compiacenza per il Comitato medico pisano rivolgere cordiale invito per l'ottavo Congresso della nostra Associazione ai singoli Comitati e a tutti i cultori delle scienze mediche della penisola.

Questa solenne riunione che verrà inaugurata il 22 del prossimo settembre nella nostra città, in una con la seconda esposizione medica italiana secondo il voto unanime del Congresso di Torino del 1876, sarà resa anco più importante e numerosa dal quinto Congresso annuale della Associazione dei medici condotti, i quali a Milano nell'anno decorso acclamarono Pisa a sede del loro futuro convegno.

Pochi sono al certo coloro che negano la utilità delle periodiche riunioni dei cultori delle scienze mediche. Le più civili nazioni, sul nostro esempio, ne hanno fatto splendide prove e gli uomini insigni che nel 1839 si raccolsero in questa illustre città, a glorioso consesso per la prima volta, avrebbero continuato nella nobile e feconda meta se la tristizia dei tempi non avesse troncato la loro più sublime aspirazione « il progresso della scienza. » Ma i nuovi destini d'Italia sospinsero i medici tutti nel Congresso costituente di Milano del 1862 a seguire l'esempio della antica Associazione medica degli Stati Sardi. Colà si gettarono le fondamenta della nostra Associazione che organizzatasi solidamente a Napoli nel secondo Congresso del 1864, mostrossi in quella di Firenze del 1866 si rigoglicsa e feconda da togliere ogni importanza ai dubbiosi, ogni valore agli oppositori. A Venezia poi nel 1868 provò vieppiù che solo nei Congressi si possono proficuamente discutere gli ardui temi che l'autorità individuale potrebbe difficilmente risolvere.

Nel memorando Consesso di Roma del 1871 rinasceva a nuova più rigogliosa vita, e riconfermava a Bologna nel 1874 la propria importanza scientifica e pratica. Per la prima volta poi a Torino nel 1876 in un col quarto Congresso dei medici condotti teneva con migliori auspicii il suo settimo Congresso biennale. Fu ivi iniziata la feconda riforma delle speciali sezioni che nel prossimo Congresso, meglio ordinate, daranno maggiore lustro alla nostra Associazione.

Allorquando la benemerita Commissione del primo Congresso del 1839 ebbe scelta Pisa, ne diede ragione dicendo: « perchè questa città « che florisce nel centro della penisola in ogni maniera di studj, è pure « assai vasta ed opportuna ad albergare molti forestieri di ogni grado, « è ancora tranquilla, ricca di musei; ed a perenne scambievole onore « della religione della filosofia e delle belle arti mostra altera la torre « da cui sì bene esplorava le meraviglie del cielo il maggiore dei filosofi « della natura. » Nel ricordare queste parole siamo certi che la patria di Galileo darà opera efficace acciò il fausto avvenimento abbia splendida e duratura testimonianza nella gloriosa storia della medicina italiana.

Pisa, 30 *giugno* 1878.

Per il Comitato

Il Consiglio Direttivo.

Prof. Cav. C. Minati, *Presidente* — *Dottor Cav.* C. Cuturi, *Vice-Presidente.* — *Dott.* D. Barduzzi, *Segretario.* — *Dott.* F. Lampredi, *Vice-Segretario.* — *Dott.* A. Ballori, *Provveditore.* — L. Berretti, *Tesoriere.* — *Dott.* S. Galligo, *prof.* A. Barbaglia, *dott.* A. Garzella, *dott. Cav.* C. Parrini, *dott. cav.* A. Feroci, *prof. cav.* S. Rivolta, *dottor Comm.* P. Chiari, *Consiglieri.*

Regolamento generale per l' ottavo Congresso dell' Associazione Medica italiana da tenersi in Pisa dal 22 al 28 settembre 1878.

§ I. *Disposizioni generali.*

Art 1. Il Congresso biennale della Associazione medica italiana (ottava sessione) s' inaugurerà a Pisa la domenica 22 settembre alle ore 11 antim. sotto gli auspici del governo e delle autorità politiche ed amministrative della città.

Art. 2. Il Congresso durerà una settimana, cioè dal 21 al 28 settembre inclusive, e sarà precipuamente scientifico.

Art. 3. Il Congresso si compone dei delegati, e dei membri dei Comitati della Associazione, e dei sanitarj tutti, che vorranno inscriversi come soci congressisti.

Art. 4. Ai delegati ed ai membri dei Comitati dell' Associazione sarà rilasciata la carta di ammissione al Congresso, previa presentazione della lettera ufficiale di ciascun Comitato. Agli altri sanitarj poi verrà rilasciata mediante la tassa di L. 10.

Art. 5. La inscrizione e la distribuzione delle carte d' ammissione si farà i giorni 19, 20, 21 settembre dalle 9 antim. alle ore 2, ed il giorno 22 dalle ore 8 alle 11 antim., e i giorni successivi dalle ore 8 alle 9 antim. nei locali del Congresso. Tutti quelli però che ne faranno domanda per lettera al segretario del Comitato di Pisa la potranno ricevere dal 1 al 20 settembre.

Art. 6. I lavori del Congresso saranno divisi in 9 sezioni secondo la circolare della Commissione esecutiva (9 gennajo 1878).

Art. 7. Il Congresso terrà le sedute generali, e di sezione secondo le disposizioni del Regolamento interno.

Art. 8. La seduta solenne di inaugurazione sarà fatta collettivamente a quella del Congresso dei medici condotti.. Dopo la seduta inaugurale si procederà alla nomina del seggio presidenziale definitivo che sarà composto: di un presidente, di tre vice-presidenti, di cinque presidenti onorarj, di un segretario generale e di due segretarj delle sedute.

Art. 9. Tutti i lavori letti al Congresso, sia alle sedute generali che nelle sezioni, dovranno essere consegnati al segretario generale. Il Comitato preparatore, che riprenderà dopo la sessione le proprie funzioni, ne curerà la pubblicazione insieme a tutti gli atti del Congresso.

Art. 10. Quelli che vorranno fare comunicazioni, conferenze o letture od esperimenti durante il Congresso, potranno darne avviso fino al 15 settembre al segretario del Comitato di Pisa. Il Comitato stesso stabilirà la sede, il giorno e l'orario per ciascuna conferenza.

Art. 11. Gli studenti di medicina sono ammessi al Congresso senza diritto a prendere la parola, mediante la presentazione della tessera di immatricolazione.

§ II. — *Sedute generali.*

Art. 12. Le sedute generali saranno consacrate:

a) alla discussione dei temi esposti nell' unito programma (vedi pag. 89);

b) alla comunicazione delle conclusioni dei lavori di ciascuna sezione;

c) alle relazioni sull' andamento morale ed economico della Associazione;

d) alla nomina delle speciali commissioni che dovranno visitare gli stabilimenti sanitarii, scuole e musei, e quindi alla lettura di queste relazioni, e alla nomina della Commissione per le proposte *extra ordinem*.

e) alla nomina della Commissione esecutiva.

§ III. — *Sedute delle Sezioni.*

Art. 13. Le iscrizioni in una o più sezioni si ricevono dal segretario del Comitato di Pisa fino 23 settembre.

Art. 14. Gli inscritti nelle singole sezioni saranno chiamati per appello nominale nella prima seduta della rispettiva sezione per la costituzione dei seggi definitivi.

Art. 15. I seggi provvisorii nelle prime sedute saranno tenuti dalle singole presidenze delle sezioni del Congresso di Torino per quelle che conferirono tale mandato, oppure secondo le norme del regolamento interno.

Art. 16. In ciascuna sezione saranno due o più temi, della trat-

tazione dei quali sono incaricati speciali relatori, che dovranno inviare le loro conclusioni provvisorie, per essere pubblicate 40 giorni prima dell'apertura del Congresso insieme al regolamento interno stesso.

Art. 17. In ciascuna sezione, oltre i temi stabiliti dal Comitato preparatore (vedi programma), potranno farsi comunicazioni sopra argomenti risguardanti la sezione stessa da tutti quelli che ne avranno dato avviso al segretario del Comitato di Pisa 7 giorni avanti l'apertura del Congresso, cioè fino al 15 settembre.

§ IV. — *Esposizione medica.*

Art. 18. Durante il Congresso sarà fatta una esposizione medica repartita nelle seguenti sezioni:

1.ª Strumenti ed apparecchi chirurgici, medici, ortopedici, ecc.

2.ª Disegni fotografie, modelli in gesso, cartone, cera, rappresentanti preparati di anatomia normale e patologica.

3.ª Disegni e piani di ospedali, manicomi, asili, secondo i recenti sistemi.

4.ª Preparazioni anatomiche ed istologiche normali e patologiche.

5.ª Preparati farmaceutici di attuale importanza, nuovi medicamenti, ed acque minerali d'Italia.

6.ª Libri, opuscoli, e periodici pubblicati nell'ultimo biennio.

Art. 19. Una Commissione ordinatrice mista, composta cioè di membri scelti nel seno del nostro Comitato e di membri della Camera di Commercio ed Arti di questa città dirigerà la esposizione pubblicandone anche un succinto elenco illustrato.

Art. 20. Per le sezioni sarà scelto dal Congresso un giurì il quale dovrà fare speciali rapporti e proporre diplomi per i migliori oggetti esposti (strumenti, apparecchi, disegni, preparazioni nuovi medicamenti ecc).

Art. 21. Il tempo utile per inviare gli oggetti da esporsi è stabilito dal 1.° al 15 tettembre. Trascorsa tal epoca non saranno più ricevuti senza speciale autorizzazione.

Art. 22. Ogni espositore dovrà rivolgersi alla rispettiva Camera di Commercio, od al segretario del Comitato di Pisa per le opportune informazioni.

Art. 23. I nomi dei premiati saranno solennemente proclamati nell'ultima seduta generale del Congresso.

Art. 24. I libri e gli opuscoli devono essere inviati in doppio esemplare. I giornali in una sola copia.

§ V. *Programma dei temi delle adunanze generali e delle sezioni.*

ADUNANZE GENERALI.

Tema I. Della dignità del medico nelle questioni di giustizia, e delle relative riforme all' attuale legislazione (Prof. Raffaele) (Relazione della Commissione nominata al Congresso di Torino);

Tema II. Proposta di stabilire una Società Medica Tipografica mediante azioni, collo scopo di pubblicare le opere mediche più importanti. (Prof. Sangalli).

Tema III. Quali sono le influenze del metodo tanto esteso nell'Agricoltura di servirsi delle materie escrementizie umane, e quali i rimedi contro le nocive conseguenze che ne possono derivare. (Dottor Agostini).

Tema IV. Sulla uniforme organizzazione della statistica medica comunale, e soprattutto del bollettino settimanale delle cause di morte. (Dott. Borgiotti).

SEZIONE I. — *Medicina.*

Tema I. Dell'idropericardio e di un nuovo metodo di puntura (Professor Baccelli, di Roma).

Tema II. Del valore di alcune nuove entità morbose (Malattia del Krisaber ecc.). (Prof. Berti di Venezia).

SEZIONE II. — *Chirurgia.*

Tema I. Patogenesi e cura della febbre uretrale. (Professor Mazzoni, di Roma).

Tema II. Del valore di alcune operazioni chirurgiche nella cura delle occlusioni intestinali interne. (Dott. Parrini, di Pisa).

SEZIONE III. — *Ostetricia, ginecologia e pediatria.*

Tema I. Sul valore della cefalotrissia interna e della cranio-clastica. (Professor Tibone, di Torino).

Tema II. Sulla cura della sterilità. (Prof. Minati, di Pisa).

Tema III. Delle varie forme delle febbri tifiche nei bambini. (Dottor Buonamici, di Livorno).

SEZIONE IV. — *Oftalmojatria, otojatria, laringoscopia.*

Tema I. Dell'uso del Calabar e specialmente del solfato neutro di eserina nella terapia oculare (Dott. Lampredi, di Pisa).

Tema II. Dello scorticamento delle corde vocali. (Dott. Labus, di Milano).

Tema III. Indicazioni e metodi di trapanazione della membrana del timpano. (Dott. Giampietro, di Napoli).

SEZIONE V. — *Dermatologia e sifilografia.*

Tema I. Il sistema nervoso nella patogenesi di alcune dermatosi. (Dott. G. Marcacci, di Firenze).

Tema II. La sifilide cerebrale. (Dott. Barduzzi, di Pisa).

SEZIONE VI. — *Medicina pubblica e statistica.*

Tema I. Il metodo statistico nell'idrologia medica. (Dott. Chiminelli, di Recoaro).

Tema II. Del valore dell'isolamento nelle malattie contagiose e degli altri mezzi di prevenirne la diffusione. (Dott. Cuturi di Pisa).

SEZIONE VII. — *Farmacologia, e metodi terapeutici speciali.*

Tema I. Il metodo naturale in terapeutica (Prof. Chirone di Napoli).

Tema II. Del valore della pneumo-terapia nelle malattie dell'apparecchio respiratorio e circolatorio (Prof. Castiglioni, di Roma).

Tema III. Del valore comparativo della corrente indotta con quella galvanica nella cura delle malattie nel sistema nervoso. (Dott. N. D'Ancona, di Padova).

SEZIONE VIII. — *Anatomia ed istologia patologica, e patologia sperimentale.*

Tema I. Delle relazioni dell'epitelioma col carcinoma (Professore Sangalli, di Pavia).

Tema II. Delle lesioni organiche nella infezione palustre (Dott. Marchiafava, di Roma).

SEZIONE IX. *Anatomia, istologia e fisiologia.*

Tema I. Il sistema linfatico degli organi chilopoietici. (Professore Romiti di Siena).

Tema II. Le localizzazioni cerebrali. (N).

Avvertenze. — Simultaneamente alle conclusioni provvisorie dei relatori sarà pubblicato il Regolamento dei due Congressi nella seconda quindicina di agosto.

Il programma del quinto Congresso dell'Associazione nazionale dei medici condotti verrà fra breve pubblicato dalla Commissione Provinciale Pisana della Associazione stessa.

In tale Congresso oltre a questioni importantissime di pratica utilità verranno fatte esatte relazioni sull'andamento della cassa pensioni fra i sanitari d'Italia, e sulla Istituzione di un collegio convitto per i figli orfani dei medici.

Durante i Congressi saranno tenute le sedute generali per la definitiva costituzione della Società italiana d'Igiene.

Alle vicine Terme di S. Giuliano saranno pure tenute alcune generale adunanze della Società italiana d'idrologia e climatologia medica.

Il consumo dei liquori spiritosi in Inghilterra. — Pare, scrive la *Republique française*, che il consumo delle bevande alcooliche non vada punto diminuendo in Inghilterra, e ciò è tanto vero che nel primo trimestre del 1878, i diritti doganali furono pagati sopra 7,668,607 *galloni* (il gallone equivale a litri 4,543) di spirito fabbricati nel paese, e sopra 2,714,222 *galloni* di spirito importati da altri paesi. Queste somme confrontate con quelle del primo trimestre del 1877 presentano un aumento di 395,571 *galloni* sul primo articolo e di 69,690 *galloni* sul secondo.

In Londra poi la Polizia arresta circa 38 mila ubbriachi all'anno, notando in pari tempo ne' suoi registri da 117 mila malfattori. Va pure notato che in quell'immensa città stanno più di quattro milioni di persone, compresi 100 mila forestieri da tutte le parti del mondo; ogni 5 minuti v'ha una nascita, ogni 8 una morte. (*Gazzetta Ufficiale del Regno*, 1878, p. 2434).

ERRATA-CORRIGE

del fascicolo di Giugno 1878 (Parte Rivista).

pag. 565, linea 24: invece di *Rivista Chirurgica* leggasi *Parte Originale*

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA D'IGIENE

del dott. cav. GIUSEPPE SORMANI.

(Da pag. 3 a pag. 23).

Eulenberg — *Manuale d'igiene industriale.*
Wiel e Gnehm — *Manuale d'igiene.*
Ducamp — *Epidemia di avvelenamento saturnino nel 17.° ed 8.° circondario di Parigi.*
Gibert — *La scrofola all'Havre.*
Coletti — *La scrofola e le città di mare.*
Legendre — *Gli Ospizj marini. — Lettera al dott. Pietra Santa.*
Lagneau — *Mezzi consigliati dalla pubblica igiene per diminuire la frequenza della tisi polmonare.*
La pellagra nella provincia di Mantova. — Relazione della Commissione provinciale.
Proust — *Focolai recenti di peste bubbonica in Oriente.*
Pagliani ed Abbati — *Progetto d' Ospedale per le malattie contagiose.*
Belval — *Delle camerè mortuarie.*
Devergie — *La Morgue di Parigi.*
Vallin — *Della disinfezione per mezzo dell'aria calda.*
Vallin — *Sulla resistenza dei batteri al calore.*
Colin — *La febbre tifoide nell'Esercito francese.*
Società di medicina pubblica e d'igiene.

RIVISTA SIFILOGRAFICA

del dott. CARLO PADOVA.

(Da pag. 23 a pag. 60).

Ed. Cock — *Qualche considerazione sulle ulceri sifilitiche primitive.*
Giné — *Fagedenismo di forma lupiginosa curato col farmaco del Pollini.*
Pirocchi — *L'applicazione del Tayuya nella cura dell'ulcero fagedenico, delle piaghe scrofolose e delle blennorragie.*
Scilling — *Caso di sifilide papulo-tubercolare.*
Noeggerath — *Della blennorragia latente, particolarmente al punto di vista della sua influenza sulla fecondità della donna.*
Fournier — *Della pseudoparalisi generale di origine sifilitica.*
Mickle — *Ricerche sulla sifilide negli alienati.*
Cantani — *Sifiloma alla base del cervello in un adulto.*

Mauriac — *Sull'afasia ed emiplegia destra sifilitica a forma intermittente.*

Pellizzari — *Della sifilide cerebrale ed in particolar modo delle lesioni arteriose da sifilide nel cervello.*

Fournier — *Dell'atassia locomotrice sifilitica.*

Dejerine — *Atrofia muscolare e paraplegia in un caso di sifilide maligna precoce.*

Dalby — *Disturbi di udito di origine sifilitica.*

Moos — *Sulle lesioni anatomiche del labirinto nella sifilide secondaria.*

Goutard — *Della leontiasi sifilitica.*

Fournier — *Delle glossiti terziarie.*

Barone — *Di un caso di laringopatia ulcerosa sifilitica.*

Robinson — *Nota sulla tisi sifilitica.*

Lancereaux — *Nota sopra un caso di sifilide polmonare.*

Thompson — *Sulla tisi sifilitica.*

Tiffany — *Sifilide polmonare.*

Colomiatti — *La sifilide nella produzione della tisi.*

Zannini — *Sopra un caso di adenopatia mesenterica da sifilide.*

Dal Monte — *Idrope ascite per idremia da sifilide.*

Parrot — *Colpo d'occhio sulla sifilide ereditaria.*

Porak — *Sifilide ossea ereditaria.*

De Amicis — *Sulla trasmissibilità della sifilide per mezzo del latte.*

Rosmini — *Il farmaco del Pollini in alcuni morbi sifilitici oculari.*

Gamberini — *Il nuovo regolamento di Bruxelles per la sorveglianza della prostituzione.*

Marchiafava — *Note anatomo-patologiche sulla sifilide congenita ed ereditaria.*

RIVISTA D'ISTOLOGIA ED EMBRIOLOGIA

del Prof. GIULIO BIZZOZERO.

(Da pag. 60 a pag. 83).

Trinchese — *Sulla struttura dell'uovo dei mammiferi e dei molluschi.*

Colassanti — *La durata della vitalità della macula germinativa.*

Schenk — *L'uovo dei mammiferi fecondato artificialmente fuori dell'organismo materno.*

Orth — *L'accrescimento della placenta fetale e il principio dell'accrescimento di Boll.*

Bufalini — *Sulla struttura del midollo spinale nel feto.*

Urbantschitsch — *Il lume del condotto uditorio esterno negli embrioni e nei neonati.*

Id. — *Sul primo sviluppo dell'orecchio medio e della membrana timpanica.*

Wolff — *Sulla connessione dei muscoli e dei tendini.*
Boll — *Studj sulle immagini microscopiche della fibra nervosa midollare.*
Ewald e Kühne — *La digestione usata quale metodo istologigo — Sopra una nuova parte costitutiva del sistema nervoso.*
Gescheidlen — *Contribuzione allo studio delle terminazioni nervose nei muscoli lisci.*
Leboucq — *Ricerche sullo sviluppo e sulla terminazione dei nervi nelle larve dei batraci.*
Ranvier — *Della terminazione dei nervi nei corpuscoli del tatto.*
Bizzozero e Salvioli — *Sulla struttura e sui linfatici delle sierose umane (pleura e pericardio).*
Bechamp e Boetus — *Sulla struttura del globulo sanguigno e la resistenza del suo involucro all'azione dell'acqua.*
Malassez — *Sulla quantità dell'emoglobulina contenuta nei corpuscoli rossi.*
Nussbaum — *Sulla formazione del fermento nelle ghiandole.*
Bermann — *Su di una certa ghiandola tubolosa delle ghiandole salivari.*
Kidd — *Nota sui linfatici delle ghiandole mucose.*
Kühne e Lea — *Sulla secrezione del pancreas.*
Cadiat — *Sul sistema venoso.*
Cadiat — *Dei rapporti dello sviluppo del polmone e sua struttura.*
Grancher — *Nota sui linfatici del polmone.*
Stirling — *Dell'apparato nervoso dei polmoni.*
Stieda — *Sulle fibre muscolari striate nelle pareti delle vene polmonari.*
Paneth — *Intorno all'epitelio della vescica urinaria.*
Stroganow — *Sull'endotelio sub-epiteliare dell'uretra umana.*
Beigel — *Intorno ad ovarii accessorii.*
Leopold — *Studj sulla mucosa uterina nella mestruazione, nella gravidanza e nel puerperio.*
De Sinety — *Dell'ovario durante la gravidanza.*
Hesse — *Contribuzione allo studio delle ghiandole della pelle e dei loro muscoli.*
Richiardi — *Sulle ghiandole di Meibomio.*
Raehlmann — *Sulla tessitura della sostanza fondamentale fibrillare della cornea, e su suoi rapporti col sistema dei canalicoli plasmatici.*
Raehlmann — *Su di un sistema di spazj linfatici nell'epitelio corneale.*
Koenigstein — *Osservazioni sopra i nervi della cornea ed i suoi vasi.*
Ritter — *Sui piedi delle fibre nella periferia della lente cristallina.*
Meyer — *Terminazioni nervose dell'iride.*
Kühnt — *Contribuzione allo studio dello epitelio pigmentato della coroide.*

VARIETÀ.

Associazione Medica Italiana. Commissione esecutiva. Circolare ai Comitati Medici per l' VIII Congresso generale dell' Associazione da tenersi in Pisa — pag. 83.
Ottavo Congresso dell'Associazione Medica italiana. Comitato provinciale di Pisa. Invito ai Comitati dell'Associazione e a tutti i Sanitarj d'Italia — pag. 86.
Il consumo dei liquori spiritosi in Inghilterra — pag. 92.

La malattia di tutti

Ogni giorno si incontrano persone d'aspetto pallido, di umore tristo, di portamento abbattuto, che si lagnano di sentirsi sfinite, di andar soggette a svenimenti, di non avere nè forza od energia, nè appetito e che non hanno contuttociò alcun organo viziato.

Esse poi continuano a trascinarsi così miseramente di giorno in giorno, e si indeboliscono ognora più, insino a che morte li raggiunge.

Queste persone, si sente dire, sono deboli, sono delicate, ma punto ammalate. Baie! esse sono anemiche.

E le cause della loro anemia sono diverse: una nutrizione insufficiente; una abitazione tetra od umidiccia; brutte abitudini giovanili; eccessi del piacere; i lavori fisici e le occupazioni mentali esagerate; le veglie prolungate; i dispiaceri; le contrarietà continuate; la gelosia; insomma tutto quanto influisce sul fisico o sul morale dell'individuo, e riesce ad inflacchirne o sconcertarne l'organismo.

Nell'individuo ridotto a tal partito non si appalesa alcun sintomo che lo obblighi a stare a letto. Inconscio del male che lo consuma e contro cui non cerca alcuna difesa; perdendo ognor sempre la sua vitalità così da trovarsi estenuato di forze per reagire quando il voglia, egli corre il pericolo di dovere porsi alla mercè della prima malattia che gli opraggiunga.

L'impiego del *Ferro Bravais* è allora il solo indicato. Dopo breve tempo, stante la sua rapida efficacia, i colori ricompariscono colla freschezza della tinta, si aumenta l'appetito e la salute è prontamente ristabilita.

Si trovano le *goccie concentrate di Ferro Bravais* in tutte le farmacie ed ai depositi generali in Parigi, 13, rue Lafayette, A. MANZONI e C. Via della Sala, N. 16 Milano.

Inviasi gratis, dietro richiesta, un interessante opuscolo sull'*Anemia e sua cura*. Diffidare delle pregiudizievoli contraffazioni.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

Althaus e Traill Green — *Frequenza e mortalità delle malattie nervose.*
Gelpke — *Un caso di ascesso cerebrale.*
Rosenbach e Lange — *Sull'atetosi e l'atassia locale.*
Hanot e Matieu — *Due osservazioni sull'emi-anestesia saturnina.*
Desnos — *Del delirio nel reumatismo muscolare acuto.*
Hammer — *Caso di trombosi di una delle arterie coronarie del cuore diagnosticato in vita.*
Merlo — *Sincope incompleta seguita da morte per compressione esercitata sulle ghiandole mediastiniche posteriori caseificate.*
Anderson — *Cura dell'aneurisma aortico col joduro di potassio.*
Tiffany — *Sifilide polmonare.*
Stern — *Un caso di dilatazione uniforme dell'esofago.*
Dujardin-Beaumetz — *Un caso di sfacelo quasi completo delle pareti del ventricolo prodotto da liquido caustico, con apparente conservazione delle funzioni digerenti per lo spazio di due settimane.*
Gerhard — *Sui rumori vascolari da tumori addominali, specialmente in un caso di cancro del fegato.*
Fabre — *Tisi delle capsule sovra-renali.*
Strümpell — *Osservazioni sull'uremia, ed influenza di questa sulla temperatura del corpo.*
Gatti — *Ossalati di soda nella metrite.*
Nunn — *Uso locale della chinina nella cistite cronica.*
Rohde — *Contributo alla casuistica di ecchinococchi multipli.*
Rees, Pouzet e De Giovanni — *Contributi allo studio della gotta.*
Thaon — *Clinica climatologica delle malattie croniche.*
Nielsen — *Caso di asfissia locale e di gangrena simmetrica.*
Volquardsen — *Eritema da malaria.*

Ueber das Vorherrschen u. die Tödtlichkeit der Nervenkrankheiten. (*Frequenza e mortalità delle malattie nervose*); del dott. G. ALTHAUS. (*Med. Times and Gaz.* 11 nov.) e del dott. TRAILL GREEN (*Philad. med. Times*, VII, pag. 340).

Giovandosi della statistica degli « Annual Reports of the Registrar-

General », Althaus si propone di rispondere ad alcune questioni tuttora oscure riguardanti le malattie nervose in relazione al sesso, all'età, alle razze, ecc. Tra le principali stanno le seguenti:

1.ª Quale rapporto di mortalità tengono le malattie nervose rispetto alla popolazione e alla mortalità generale? Le tabelle rispondono contrariamente all'idea comune che le malattie nervose siano andate sempre più aumentando in questi ultimi anni:

infatti dal	1838	al 1842	si avrebbero	12.10	casi per	100
»	1843	» 1846	»	——	»	
»	1847	» 1851	»	11.84	»	
»	1752	» 1856	»	12.40	»	
»	1857	» 1861	»	12.54	»	
»	1862	» 1866	»	12.23	»	
»	1867	» 1871	»	12.48	»	

2.ª Quale posto tengono le malattie nervose tra le malattie più gravi? La media per cento in sei lustri sarebbe:

per le malattie zimotiche . . .	22.90	per 100
» le tubercolosi	15.94	»
» le malattie dell'apparato respiratorio	12	»
» le malattie nervose	12.26	»

3.ª Come stanno tra loro in ordine di frequenza le malattie nervose?

Convulsioni . .	48.70	per 100 delle malattie nervose in sei lustri
Apoplessia . .	16.19	
Paralisi . . .	15.96	
Malattie cerebrali	6.98	
Encefalite . .	6.46	
Epilessia . . .	3.79	
Psicopatie . .	1	
Delirium tremens	0.83	
Tetano . . .	0.26	
Corea	0.10	

4.ª Le paralisi e le psicopatie si sono fatte più comuni negli ultimi decennj?

1838-42	Paralisi	12.61	Psicopatie	0.84
1843-46	»	——	»	——
1847-51	»	14.93	»	1,08
1852-56	»	16.28	»	1.07
1857-61	»	16.33	»	0.75
1862-66	»	17.51	»	1.01
1867-71	»	18.11	»	1.25

5.ª Le malattie nervose sono più frequenti nelle grandi città che

nella campagna? La media su cento dal 1847 al 1871 dà per Londra il 10.66 di morti da malattie nervose; per le Contee di South-Western il 11.20; e per Wales il 15.38; la statistica cioè dichiara falsa l'opinione generalmente ammessa che la vita più agitata delle città dia luogo a maggior numero di malattie nervose. Quindi l'Autore è piuttosto del parere che le fatiche sopportate dai contadini debba disporre più del lavoro mentale alle malattie del sistema nervoso.

6.ª Quanta influenza esercita il sesso sullo sviluppo delle malattie in discorso? La media in 30 anni è del 12,90 per 100 per gli uomini, dell' 11.62 per le donne; si direbbe il sesso maschile più disposto del femminile a queste malattie; importante è la tabella delle mortalità per ogni singola malattia nervosa:

Convulsioni	maschi	25.87	per 100	femmine	20.21	per 100
Apoplessia	»	8.32	»	»	8.40	»
Paralisi	»	8.26	»	»	8.57	»
Malattie cerebrali	»	4.43	»	»	3.35	»
Encefalite	»	3.73	»	»	3.16	»
Epilessia	»	2.13	»	»	1.84	»
Delirium tremens	»	0.78	»	»	0.10	»
Psicopatie	»	0.47	»	»	0.56	»
Tetano	»	0.18	»	»	0.09	»
Corea	»	0.03	»	»	0.07	»

7.ª Quale influenza esercita l'età? La maggior mortalità per malattie nervose si nota nel primo anno di vita; diminuisce poi nei tre anni successivi, per aumentare ancora considerevolmente al 5.° anno, in cui ha il vero *maximum* di mortalità. Quindi decresce ancora fino a 10 anni, e da quest'età fino a 70 anni va gradatamente crescendo. Le singole malattie si comporterebbero come segue:

Encefalite	massima mortalità da	1 a 5	anni
Apoplessia	»	verso i 70	»
Paralisi	»	idem	
Delirium tremens	»	35	»
Corea	»	10	»
Tetano	»	5	»
Epilessia	»	20	»
Malattie mentali	»	50-65	»
Convulsioni	»	1 a 5	»

Queste massime sono pressochè identiche nei due sessi.

Il dott. Green si occupa di verificare se davvero l'apoplessia e la paralisi sono oggi più frequenti per l'attività della vita, basandosi sui dati statistici raccolti in 31 anni (1843-74) dalla Società di assicurazione per la vita di Nuova York. Risulta che nella mortalità generale l'apo-

plessia accade il 5.88 per 100; le altre malattie nervose importerebbero il 10.38 per 100; e cioè:

Congestione cerebrale	2.11	per 100
Rammollimento cerebrale e paralisi . . .	5.38	»
Epilessia e convulsioni	0.61	»
Altre malattie nervose	2,28	»

In confronto delle malattie polmonari e consecutive (30,01) questa media è davvero favorevole.

Ein Fall von Hirnabscess (*Un caso di ascesso cerebrale*); del dott. Gelpke. (*Arch. d. Heilk.*, 1876, V, pag. 418).

È questo un caso importante che viene in appoggio alle teorie sulla localizzazione delle funzioni psichiche negli emisferi cerebrali. Trattasi di un giovane sano di 26 anni, il quale l'11 novembre 1875 venne colpito da un calcio di cavallo nel lato destro della testa; restò qualche tempo tramortito, ma non presentò emorragie di sorta nè vomito, nè cefalalgia, nè disturbi generali. La leggiera ferita riportata non impediva al paziente di attendere alle proprie occupazioni. Quando senz'altro il 15 novembre insorge una debolezza della mano sinistra; il giorno seguente anche dell'avambraccio, poi del braccio; debolezza che poco a poco si trasforma in vera paralisi. Allora, 19 novembre, il paziente entrò all'ospedale, quando già manifestavasi una certa difficoltà nel parlare. Mancava ogni altro fenomeno; non convulsioni, non disturbi di senso, non disturbi di moto in altre provincie muscolari. Visitato in detto giorno (otto giorni dopo il calcio ricevuto), si trovò: buona nutrizione generale; una ferita contusa al lato destro del capo, sulla direzione del margine posteriore del padiglione dell'orecchio a 5 centimetri al di sopra del meato uditorio esterno, in cui penetrando col catetere si va a ridosso dell'ossatura infossata e scoperta; e ne geme qualche goccia di pus senz'odore. L'attento esame del volto fa rilevare leggerissima ptosi sinistra e strabismo interno insignificante del bulbo sinistro; il solco nasolabiale sinistro è scomparso, e non risalta nemmeno nell'atto del ridere; nell'atto del fischio però i muscoli orali si contraggono egualmente d'ambo i lati; nè lingua, nè ugola sono deviate. Il linguaggio è alterato; la memoria serbasi intatta, ma le sillabe vengono espresse in modo inintelligibile. L'arto superiore sinistro è perfettamente morto, segue le leggi della gravità se non è sorretto; qualche movimento può essergli imposto solo dai muscoli della spalla; i movimenti passivi sono facili e non dolorosi. La sensibilità è normale dalla spalla fino a metà dell'avambraccio; più in giù e alla mano è un po' diminuita. Il paziente ad occhi chiusi è incapace di trovare colla mano sana l'arto malato, posto in determinate situazioni; nè sa imitare coll'arto sano i movimenti che vengono impressi a quello offeso. Però tutto l'arto non offre alcuna differenza apparente dall'arto sano. L'eccitabilità faradica indiretta è eguale sì alla faccia che agli arti superiori d'ambo i lati. — Nulla al

torace, all' addome, alle estremità inferiori. Nelle orine non zucchero, non albumina. Polso pieno 72; temp. 38°, alla sera 38°,4.

Nei tre giorni seguenti questi fenomeni si aggravarono. Il 23 novembre oltre ad una sonnolenza rimarchevole, ed una certa lentezza del pensiero, si aggiunge una paresi di moto e di senso (compreso il muscolare) dell' arto inferiore sinistro. Il 25, sembra migliorato lo stato intellettuale, il fisico è come sopra emiplegico; anche la porzione inferiore del facciale non funziona più; mentre i muscoli dell' occhio e del tronco sono illesi. Il lato destro del corpo si può dire iperestesico, mentre il sinistro è quasi insensibile. — La ferita suppura sempre; in essa si può col catetere penetrare profondamente 5 1|2 centimetri oltre il livello dell' ossatura prima di incontrare una resistenza; questa specie di cavità trovasi a 5 1|2 centim. sopra il meato uditorio esterno in linea verticale. — La mattina dello stesso giorno (26 novembre) si passa alla scopertura dell'osso infossato; con un elevatore si riesce ad estrarre in segmenti la lamina esterna fratturata, poi anche la tavola vitrea similmente rovinata; allora si svuota una quantità di circa 20 grammi di pus, ed appare la sostanza cerebrale erniosa, per la grossezza di un pisello; più tardi esce dalla ferita anche del liquido cerebro-spinale. Si vede il cervello pulsare; nella cloroformizzazione il polso scese da 60 a 44 ogni minuto primo. Durante l' operazione nessun fenomeno d' irritamento muscolare apprezzabile. — Il risultato parve splendido; dopo alcune ore il paziente ha riacquistato l' uso della gamba sinistra, l'emianestesia sinistra è scomparsa; persistono la paralisi del facciale inferiore e dell' arto superiore sinistro. La sera nessuna reazione; le pupille reagivano bene; i movimenti del bulbo erano normali. Però la ferita diventò dolorosa, dall'apertura del parietale faceva capolino la sostanza cerebrale; la temp. oscillava tra 36°,6-37°,4, il polso 44-64, il respiro 16-20.

Ma il 26 ecco il paziente di nuovo nello stato *quo ante*; inoltre la temperatura salì la sera a 40°, a 30 il respiro, a 80 il polso; avvi cefalea viva, ma nessun sintomo caratteristico d' insorgente meningite. Il 27 idem; alla sera inoltre vomito e defecazione involontaria. Il 28 agonia senz' insorgenza d' altri fenomeni singolari; nel dopo pranzo alle 4 morte, sotto un'esacerbazione della temperatura da 39°,6 a 41°,6. Probabilmente anche *post mortem* continuò la produzione di calore, perchè dopo 2 1|2 ore la temperatura ascellare conservavasi di 38°,2.

All' autopsia, oltre le alterazioni della callotta ossea e la suppurazione meningea estesa a tutto l'emisfero destro, vôlta e base, si riscontrò, in corrispondenza della frattura del parietale, un focolajo di rammollimento della sostanza cerebrale, comprendente le due circonvoluzioni centrali (parte inferiore) e la corteccia del solco di Rolando. I suoi limiti erano: superiormente, nella 1.ª circonvoluzione centrale la radice della 2.ª circonvoluzione frontale, donde si estendeva per circa 4 centim. lungo il grande solco longitudinale; posteriormente il giro

centrale posteriore fino all'origine della 2.ª circonvoluzione occipitale; internamente l'encefalite si approfondava nel centro semiovale fino in prossimità della capsula interna. Eravi anche uno stravaso tra la pia e la 2.ª circonvoluzione centrale, ed altri piccoli stravasi capillari dentro la sostanza rammollita. Il ventricolo laterale destro conteneva molto pus; così il 3.° e il 4.° ventricolo destro, e un po' anche il laterale sinistro. Viva injezione dei vasi sotto l'ependima. Leggier edema dell'encefalo destro; null'altro di rilevante negli altri organi ed apparati.

Senz'alcun dubbio possiamo affermare che in tutto questo reperto il fatto principale e primitivo è l'ascesso cerebrale, il quale spiega la sorprendente limitazione dei fenomeni paralitici. Già da bel principio si poteva da questi, e dalla sede della ferita, dedurre che l'avvenuta compressione e alterazione del cervello risiedesse nei dintorni del solco di Rolando — e non dovesse essere molto estesa, comechè offendesse solo il centro motorio dell'arto superiore; siccome poi il focolajo suppurativo non era in condizione da potersi svuotare, è naturale che la lesione invadesse le parti vicine, fosse anche per sola gravità, il pus si portò verso il solco di Silvio. Ora noi sappiamo dalle esperienze di Hitzig, nonchè dai pochi casi clinici stati pubblicati (Wernher, Samt) che all'estremità del solco centrale, dove la 1.ª e la 2.ª circonvoluzione centrale si fondono, esistono dei centri che stanno in diretta relazione coi muscoli del volto e della lingua. Così potrebbero essere spiegati i disturbi d'innervazione del facciale inferiore; benchè la mancanza di ogni precedente fenomeno d'irritazione resti inesplicabile.

Quanto alla paresi dell'arto inferiore destro, sappiamo che il centro motore di questo si ammette sia nella parte superiore della prima circonvoluzione centrale (a 3 mm. dalla linea mediana, Hitzig). I casi di Wernher, Griesinger, Löffler, Samt, appoggiano tale idea. Anche questo caso di Gelpke lo prova; è evidente (e si può dimostrarlo sperimentalmente) che la lesione primitiva per la sua posizione non poteva interessare che la metà inferiore delle circonvoluzioni centrali; quindi il centro motore dell'arto inferiore restò intatto. Al 12.° giorno, quando insorse una paresi dell'arto in questione, siccome esisteva anche sonnolenza, lentezza del polso, emianestesia, scarso deflusso del pus, si dovrebbe pensare più che ad un fatto di progrediente distruzione, ad uno di compressione. Difatti una volta evacuato il pus, il paziente riprese l'uso dell'arto. Fu poi la reazione successiva che condusse l'esito fatale.

Se si legge attentamente questa storia, si vede che fin dal principio l'ammalato aveva perduto il *senso muscolare*, nell'istessa proporzione della paralisi; il qual fatto o manca generalmente nelle ordinarie paralisi, o non vien rilevato mai. A spiegarlo, l'Autore invoca l'esistenza di un centro *ad hoc*, perchè dice non plausibile l'esistenza di un centro capace alla volta di ricevere le impressioni, che mettono in attività il senso muscolare e di mantenere la contrazione muscolare. Appoggiandosi quindi ad un caso partecipatogli dal dott. Birch-Hirschfeld, di

rammollimento per effetto d'encefalite della 2.ª circonvoluzione centrale, e di parte del lobo occipitale — in cui per tutto sintomo avevasi incapacità assoluta di valutare le differenze di peso. — Gelpke è appunto inclinato a credere che in vicinanza al centro di contrazione muscolare (1.ª circonvoluzione) esista un altro centro di stazione finale delle impressioni muscolari (2.ª circonvoluzione). Nel suo caso appunto anche quest' ultima era lesa, molto probabilmente in modo primitivo. — Quanto alle alterazioni della sensibilità l'Autore le ritiene secondarie; esse insorsero come ultimo fenomeno, dopo che le incipienti paralisi del facciale già indicava la diffusione del processo suppurativo; molto probabilmente dovevansi a compressione cerebrale, imperocchè sparvero dopo lo svuotamento dell' ascesso; oppure, accettando le idee di Türck, Charcot, Vulpian, si può pensare che il processo distruttivo approfondandosi nei gangli cerebrali ledesse qualche via dei nervi sensitivi (capsula interna).

Ueber Athetose und lokale Ataxie. (*Sull' atetosi e l' atassia locale*); dei dottori O. Rosenbach e C. Lange. (*Schmidt's Jahrb.*, 1878, n. 2, pag. 145).

Il dott. Rosenbach si pone la domanda se il quadro sintomatico dell'atetosi merita davvero un nome speciale; e lega le sue osservazioni al seguente caso. Una donna, di 57 anni, che aveva avuta una sola gravidanza, complicata pare da ileotifo, non vedeva più da 2 anni. Da 8 anni poi andava soggetta a ripetute rinorragie, cardiopalmo, ansietà di respiro; e da 6-7 anni soffriva ad accessi di violenti dolori alle estremità, specialmente alle gambe, le quali si contraevano a guisa di crampo; questi dolori insorgevano nella notte per sparire quasi sempre al mattino. Breve tempo dopo la paziente andò soggetta a coliche stercoracee per stitichezza. Il mitto era regolare, mai alcuna cefalea. A poco a poco i disturbi aumentarono, e si stabilirono delle lesioni motorie nella metà sinistra del corpo, soprattutto all'arto inferiore. I piedi diventavano flacchi, le ginocchia si urtavano facilmente tra loro, il senso di resistenza del suolo andava mancando. La paziente cadeva spesso, aveva formicolìo alle estremità, e da 5 anni pure senso di cintura in vita. Nell'anno 1863 si manifestarono segni evidenti di avvelenamento saturnino e di insufficienza aortica; più incominciarono i sintomi tabifici, accompagnati da forti dolori all'epigastrio. Nel settembre 1864 la paziente cadde perdendo la coscienza, ma si riebbe in pochi minuti senza conservare nè disturbi intellettuali, nè fenomeni che accennassero ad un' affezione cerebrale. Nel 1865 le braccia s' irrigidirono perdendo la facoltà di eseguire dei movimenti fini; i dolori alle estremità insorgevano pur sempre, e gli arti di sinistra erano più deboli. Nel 1866 i dolori crebbero nelle braccia e si concomitarono a movimenti convulsivi del lato volare; nell' anno seguente ciò si verificava anche per i piedi, aggravandosi quindi al punto da disturbare spesso il sonno. Sulla fine del 1868 le convulsioni erano molto forti nel braccio sinistro e nella gamba destra, e consistevano in rapide estensioni e flessioni delle membra; i muscoli contratti potevano

venir distesi solo a fatica e con dolore. Un' altra sincope non lasciava conseguenze. Nel 1869 erano le convulsioni sempre più forti; un dolore violento ad accèssi, che dalla nuca s'irradiava alle estremità, era ogni volta accompagnato da granchi. Il senso del tatto e della temperatura svaniva nelle dita, e stabilivasi nelle medesime la sensazione di freddo. Nel 1873 finalmente le convulsioni alle dita delle mani e dei piedi divennero continue. Nel 1874 Rosenbach vide la malata, che era molto magra e pallida, e non presentava alcun sintomo di lesioni cerebrali. Le dita erano in un continuo movimento involontario, quasi se suonassero il clavicembalo: ora si movevano tutte, ora movevasi un sol dito, ora l'uno era flesso, l'altro disteso, le falangi si piegavano nelle più strane guise con maggiore o minor celerità. I piedi erano in posizione varo-equina, e vedevansi i tendini, come all'avambraccio, in continuo movimento per tendere e flettere le dita. Le contrazioni muscolari sembravano avere la medesima forza d' ambo i lati, ma tenevansi affatto indipendenti. L'attenzione li rendeva più frequenti, il sonno li sospendeva. Le braccia conservavano invece le loro funzioni, meno che il sinistro era un po' più flacco. La paziente non poteva camminare; il senso tattile e il termico alle estremità, soprattutto inferiori, erano notevolmente diminuiti. Nel 1875, in conseguenza di uno stato di collasso succeduto ad un forte accesso stenocardico, i movimenti disordinati delle dita si sospesero per lungo tempo; da ultimo la paziente morì di pleurite. Alla *sezione* si trovarono infossature discrete della tavola vitrea del parietale sinistro corrispondenti ad alcune granulazioni del Pacchioni; la dura madre era pallida, liscia e splendente sulla superficie interna, non aderente; un po' di sangue liquido nel seno longitudinale; l'aracnoidea delicata e trasparente; la pia madre molto pallida, le circonvoluzioni cerebrali assottigliate. Le due sostanze bianca e grigia erano molto anemiche, ma facilmente distinguibili; i ventricoli laterali assai leggermente dilatati, e contenenti un po' di liquido senza colore; l'ependima alquanto grosso, ma liscio. Il cervelletto mostravasi assai pallido. All' estremità posteriore inferiore del nucleo lenticolare trovavasi un focolaio, lungo un centimetro, largo 4 millimetri, giallo grigiastro, con appendici filiformi; gli spazii perivascolari nel detto nucleo erano considerevolmente dilatati. Niente altro di notabile. La dura madre spinale era pure pallida, adesa all'aracnoidea di poco inspessita; il liquido sotto-aracnoideo era un po' abbondante del normale. Il midollo, di consistenza media, era alquanto inturgidito nelle porzioni cervicale e lombare; le radici sì anteriori che posteriori erano intatte. I cordoni centrali di Goll, e i cordoni posteriori nelle porzioni dorsale e lombare, avevano una colorazione grigia, che in basso andava limitandosi alla sola parte posteriore dei cordoni posteriori. Macroscopicamente i cordoni laterali non apparivano punto alterati.

Da questo fatto, paragonando il reperto ai sintomi, pare evidente che l'atetosi di Hammond non è una forma morbosa a base anatomica, ma

piuttosto un accessorio di altre affezioni nervose. Manca ogni substrato materiale nel cervello, e l'atetosi resta nulla più di un sintomo, designabile sotto il nome di *dita* o *falangi che giuocano* (spielende Finger, spielende Phalangen). Il focolajo cerebrale trovato nel caso di Rosenbach non ispiega l'atetosi, la quale era bilaterale, e non s'accompagnava ad alcun fenomeno di paralisi. — L'Autore era inclinato a mettere in relazione i movimenti spastici delle dita colla degenerazione dei cordoni spinali posteriori, tanto più che alterazioni analoghe motorie vennero pur osservate da Leyden e Cruveilhier nella degenerazione grigia del midollo spinale. La mielite riscontrata alla tavola anatomica era appunto l'unica tra le alterazioni osservate che valesse a spiegare i disturbi di senso e di moto. Ma negli altri casi noti di atetosi non si è mai osservata la tabe; dunque nel caso di Rosenbach l'atetosi non è più di un fenomeno secondario, appena diverso nel grado dalle forme comuni di tremolìo, il quale pure è limitato alle estremità e si esagera sotto l'attenzione. Non si può però tralasciare dal domandarsi se questi fenomeni motorii così caratteristici non abbiano una speciale patogenesi. La possibilità di un momento eziologico comune dei movimenti anormali delle dita, sia nell'atetosi, sia nei casi di tabe, è spiegata forse da ciò che in tutti i casi si notano o violenti dolori, od un ottundimento del tatto nelle estremità affette. Ora, dipendano poi tali disturbi da alterazioni dei nervi periferici, o (ciò che è più probabile) dell'apparato centrale, si può credere che i fenomeni motorj siano d'ordine riflesso; oppure che un'esagerata eccitabilità degli organi centrali, sostenuta da un processo patologico qualunque, produca direttamente in modo eccentrico i fenomeni di senso, e in modo centrifugo i fenomeni di moto (Rosenbach).

Il prof. C. Lange in Copenaghen (*Hospitals Tidende*, 2, R. 1877), dice che non tutti i casi pubblicati di atetosi sono tali, e fra essi parecchi analoghi dovrebbero venir separati e classificati a parte sotto il nome di ATASSIA LOCALE. Essi non hanno coll'atetosi che una somiglianza superficiale. L'Autore espone un caso di propria osservazione, anteriore a quelli pubblicati da Hammond, nel quale è sorprendente l'analogia di fatti e fin delle espressioni con altri casi di atetosi stati pubblicati in seguito. In prova di che Lange cita i casi di Bernhardt (*Virch. Arch.*, LXII, 1, 1876), Duguet (*Gaz. des Hôpitaux*, 119, 1877), Björnström (*Upsala läkaref. förh.*, XII, 391, 1876), (Gowers (*Med. Trans.*, LXVI, 1866); specialmente tra i citati i primi due rassomigliano al caso di Lange, e perchè la forma convulsiva era la medesima, e perchè dessa datava dalla prima infanzia. In essi la forma d'atetosi costituiva pressochè tutta la malattia; mentre nel caso di Björnström l'atetosi non era che un sintomo in mezzo ad altri non meno significativi di un'affezione organica del sistema nervoso. I detti casi si distinguono nettamente dai casi che servirono ad Hammond per fondare il quadro sintomatico dell'atetosi; infatti in questi ultimi lo spasmo tonico era prevalente, sicchè le convulsioni cloniche non sono nemmeno accennate; tant'è

che de' suoi due casi Hammond potè far prendere l' immagine fotografica, cosa che sarebbe stata impossibile negli altri casi. Quindi la loro somiglianza è apparente, e l'Autore per non inceppare le spiegazioni fisiologiche possibili, preferisce attenersi frattanto ad una distinzione che forse più tardi si riconoscerà artificiale e inesatta, anzichè confondere cose dissimili. Conservando quindi il nome di *atetosi* ai casi di Hammond e simili, Lange propone l'appellativo di *atassia locale* pel caso proprio ed analoghi.

Un' altra classe di alterazioni motorie, che venne pur confusa coll'atetosi di Hammond, è la *Corea post-emiplegica* di Mitchell e Charcot. Gowers raccolse i casi pubblicati sotto tal nome in due classi: di queste la prima concorda esattamente coll'atetosi di Hammond. Anche Lange accetta questa distinzione, ma fa osservare che i casi esposti da Gowers rispondono alla forma del proprio caso (convulsioni spontanee delle dita, disordine ed atassia nei movimenti volontarj delle braccia), solo che in essi i movimenti erano unilaterali, e successivi ad un colpo apoplettico. E siccome gli stessi disordini possono pure avverarsi senza precedenza dell' emiplegia, Lange consiglia a lasciar cadere il concetto eziologico della malattia per ben fissare invece il sintomatico, riunendo in una sola serie tutti i casi, che hanno la medesima fisonomia. Questa identità di sintomatologia non deve essere apparente, superficiale; ma basata sulle cognizioni fisiologiche, sulla portata dei disturbi funzionali. Ora il concetto di atassia locale si fonda sull'esistenza di fenomeni atassici, di movimenti irregolari, di convulsioni in apparenza spontane, tra i quali fenomeni unica differenza si è che i primi sono provocati da un'innervazione volontaria, gli ultimi invece da un' innervazione *latente*; di guisa che l'attenzione chiamata su di essi li fa aumentare, mentre cessano nel sonno. L'affezione sembra d' origine cerebrale, sì perchè segue spesso all'emiplegia, sì perchè qualche volta è unilaterale; di più si è vista accompagnarsi con altri sintomi d' origine cerebrale; e si hanno dei reperti anatomici i quali comprovano non solo questo rapporto da causa ad effetto, ma anche accennano alla sede della lesione. Charcot in tre casi di corea post-emiplegica trovò delle affezioni cerebrali, che si estendevano alla parte posteriore del talamo ottico, della corona radiata e del nucleo caudato. In un caso analogo Gowers trovò un indurimento cicatriziale nel talamo ottico, esteso dalla parte mediana verso l'esterno. In un altro caso Rosenbach, oltre la mielite, trovò un focolajo circoscritto giallo-grigiastro all'estremità posteriore inferiore del nucleo lenticolare destro.

Due osservazioni sull'emi-anestesia saturnina; pei dottori Hanot e Matieu. (*Archives générales de medicine*, mars 1878).

L'emiplegia anestetica fu già messa in vista in una memoria premiata con medaglia d'oro del dott. Raimond; le anteriori osservazioni di Tanquorel e di Andral non trattano veri casi di emiplegia saturnina,

ma bensì di paralisi limitata a questo od a quel gruppo muscolare degli arti di un medesimo lato.

I fatti, che servirono di base al lavoro di Raimond sono stati pubblicati nella tesi per l'aggregazione di Renault nel 1875 (du saturnisme cronique). Non si può mettere in dubbio lo stato di infezione saturnina nei due casi riferiti da Raimond; i due malati pallidi e magri, soggetti a ripetute coliche di piombo presentavano un cercine gengivale mitissimo; notavasi in un lato del corpo un indebolimento notabilissimo del senso e del moto, la contrattilità muscolare era ivi abolita; più di tutti gli altri muscoli gli estensori rimanevano inerti per cui l'indebolimento si presentava cogli ordinarj sintomi di flessione permanente delle dita della mano con impossibilità a raddrizzarle; la lingua sporgevasi deviata, il velo palatino non reagiva agli eccitamenti; l'addome ed il torace erano parimente insensibili tranne della regione peri-ombilicale; le diverse sensazioni, tattile, dolorosa, e termica giungevano tanto più in ritardo al centro nervoso, quanto più si producevano lontano dallo stesso; i nervi specifici dal lato colpito erano pure intaccati, per cui ottuso l'udito, indebolita la vista, scemato il gusto.

Nella sua tesi il dott. Renault espone un'osservazione molto simile a quelle di Raimond: si tratta di un uomo di 26 anni, che dopo di essere stato attaccato da vari accessi di colica saturnina, fu preso da paralisi muscolare al lato sinistro a forma emiplegica, la lingua movevasi difficilmente, e parlando balbettava: in questo caso la paralisi dei gruppi estensori servì a fondare la diagnosi.

Oltre a questi casi nei quali la paralisi si produsse progressivamente, ve ne sono di quelli in cui fu preceduta da veri insulti apoplettici in modo da rassomigliare dal punto di vista semiottico all'ordinaria apoplessia; così in un caso riferito da Brochin (*Gaz. des Hôpit.*, 1875) un uomo lavorante presso una fabbrica di biacca fu sulla strada colpito da apoplessia e trasportato all'Hôtel Dieu offriva un orlo gengivale caratteristico del saturnismo ed una incompleta emi-anestesia paralitica. Alla sezione cadaverica rilevavasi solo anemia del cervello e nodo, la consistenza della sostanza cerebrale era normale. Devonsi questi fenomeni ripetere direttamente dall'avvelenamento saturnino? Non potrebbesi sospettare infezione uro-emica come nel caso riferito da Lepin nella *Gazette de Paris*, N. 47, pag. 582, 1875; ove uno affetto da saturnismo preso da attacco epilettico morì nella medesima sera, ed alla sezione si rinvenne piccolo focolajo di rammollimento centrale del lobo occipitale, ad una degenerazione granulo-grassosa dei tubetti contorti dei reni? Alle osservazioni anzi citate ne vengono aggiunte altre due recentemente raccolte alla Pitié presso il comparto diretto dal prof. Lasègue.

Osserv. 1ª. — Un giovine pittore, d'anni 28, entrò nell'ospitale il 16 novembre 1877, dall'età di anni 18 in poi aveva soggiaciuto più di una volta a colica di piombo, ed era stato soggetto a frequenti epistassi: da 15 giorni oltre al patire di cefalalgia s'accorgeva di progressivo inde-

bolimento al braccio, mano, gamba, e piede sinistro, per cui a stento poteva valersi dell'arto superiore, e camminando trascinava la gamba al punto che i compagni di lavoro n'avevano fatto caso: da cinque giorni all'incirca pativa stitichezza dolori di ventre, vomiti verdastri, cefalalgia. Presentava il ventre retratto, dolente alla pressione, sovratutto se limitata a piccolo spazio, il fegato in apparenza diminuito di volume, non si riesciva a conoscere l'estensione della milza, il polso piccolo, accelerato, la temperatura normale, risultanze negative all'ascoltazione del cuore. La sensibilità in modo assai notabile era indebolita alla metà sinistra del corpo, però non lo era ne' varj suoi modi di manifestarsi in egual grado, era più marcata per dolore l' emi-analgesia, ed in ritardo la percezione. L'emi-paresi, che si notava al cuojo capelluto ed anche alla faccia dal lato colpito, affliggeva pure i sensi laterali, per cui la vista indebolita, ed impossibile la lettura senza l' intervento dell' occhio destro, l' olfatto notevolmente ottuso: eravi anche, sempre a sinistra, paresi muscolare, indebolimento degli arti, nessuna deviazione della faccia.

Ripetute purghe fecero cessare la costipazione, e così cessarono pure il vomito, ed i dolori, dopo 10 giorni i fenomeni addominali erano cessati del tutto, i paralitici, ed anestetici persistevano; alcuni giorni dopo si rinnovarono patimenti nevralgici al capo, e disordini funzionali di circolo, con epistassi; guarirono anche tali disturbi; ed il malato venne dimesso il 22 dicembre guarito dalle lesioni ai visceri digerenti, e colla emiplegia ed emi-anestesia in via di decremento.

Osserv. 2ª. — Un giornaliero di 60 anni, entrò il giorno 23 novembre 1877 nella Sala di S. Paolo: era stato soldato in Africa ove aveva sofferto febbri periodiche, al suo ritorno in Francia fu assalito da accessi di forma apoplettica, che cedettero completamente all'uso del chinino: dopo ciò sempre godette buona salute. Da circa un anno ha ripetutamente prestata l' opera sua in una fabbrica di biacca, e per lo più venne impiegato alla pulitura degli strumenti e ad insaccare la biacca ; ogni volta fu ben tosto obbligato ad abbandonare il lavoro per ordine del medico soggiacendo a coliche di piombo: non potè mai dimorare oltre a 6 settimane in fabbrica senza esserne intossicato. Tre mesi innanzi appena convalescente da uno dei soliti attacchi saturnini, si fece garzone muratore, ed allora appunto si accorse che la sua gamba e braccio sinistro erano torpidi, ed assai più deboli degli arti destri, provò qualche sbalordimento, e leggier ambliopia. Da cinque settimane entrato di nuovo in una fabbrica di biacca, non stette più di venti giorni a provare i fenomeni intestinali per cui ricorse allo Spedale ove al suo ingresso presentava: Ventre retratto, appena sensibile alla pressione, fegato diminuito di volume, bordo gengivale ed alle labbra, alito fetido, scariche di ventre rare e difficili; al cuore ed ai polmoni nulla. Le arterie leggermente indurite, l' orina normale. Gli estensori della mano sinistra paralizzati, la mano serrata senza che al malato riesca di

poterla aprire, il pollice si muove un po' meglio delle altre dita; l'antibraccio sinistro atrofico, l'azione del grande supinatore è conservata. Una diminuzione di forze nell'arto superiore in genere, ed anche nell'inferiore a sinistra l'angolo labbiale un poco deviato a destra, le sopracciglia, le rughe sono meno apparenti e meno mobili a destra che a sinistra, la lingua leggermente portata a sinistra. La sensibilità è molto assopita, ottusa a sinistra; il dolore specialmente è assai poco avvertito; il tutto esiste ma assai debole ed incerto, le sensazioni di caldo e di freddo sono assai poco distinte. L'emi-anestesia è esattamente segnata dalla linea mediana sì alla faccia e capo, che al petto e ventre. All'epigastrio rilevasi un resto di sensibilità che si estende a sinistra pel perimetro di 4 o 5 centimetri. Il malato accusa vivi dolori alla spalla sinistra che si aumentano pel movimento del braccio; il deltoide è atrofico; prova un senso di formicolìo alle dita delle mani massime a sinistra, le dita sono lucenti, affilate come nella sclerodermia, le unghie sottili, deboli; qualche volta, e particolarmente e sinistra, le dita divengono pallide e fredde come nella asfissia locale. Il potere dei sensi è pure alterato, e l'occhio sinistro è più debole del destro, l' udito ottuso, ed avvi sussurro al sinistro orecchio.

Il malato fu sottoposto a cura con bagni solforosi praticati giornalmente, purghe ripetute, e joduro di potassio alla dose quotidiana di due grammi: il miglioramento pronunciossi tosto, e specialmente nella condizione degli organi digerenti, anche la paralisi degli estensori cedette di qualche cosa. Scemata gradatamente la paralisi, e cessata l'emianestesia, il malato domandò di uscire, e lasciò l'ospitale il 29 dicembre. Fu riveduto dopo un mese circa, e la sensibilità ed il potere muscolare erano a sinistra ancora un po' deboli, ma il malato poteva camminare senza trascinare la gamba, ed attendere al mestier suo di garzone muratore; i dolori articolari erano cessati del tutto, e la vista meglio ristabilita.

Come facilmente si scorge queste due osservazioni conducono alle deduzioni già avanzate da Raimond, e le turbe del moto, o del senso, e sensibilità in questi casi non si possono derivare che dalla intossicazione saturnina. Nel primo caso qui riferito mancava la predominanza di paralisi degli estensori, secondo Raimond sarebbe con ciò mancato un preziosissimo segno diagnostico, tal fatto fu avvertito anche da Renault. Ritiensi essere la paralisi degli estensori un primo sintomo dell'avvelenamento saturnino, ed avvi chi ritiene con Hitzig la paralisi degli estensori abbia prima che altra da manifestarsi al contatto quasi diretto del piombo assorbito dalle mani ed apportato dalle vene entro i muscoli che vengono ad ammalare. Sembra che l'emiplegia, ed emi-anestesia avvengano in modo diverso, e tali nervose turbe siano direttamente d'origine cerebrale, e dipendenti da una saturazione più durevole, più completa e più centrale.

L'artralgia osservata nel secondo caso, concomitante l'anestesia

superficiale della parte viene pure spiegato ammettendo, che il veleno abbia contemporaneamente agito sul cervello, e midollo; d'altronde da Charcot e Vestphall si fecero conoscere nel saturnismo delle vere alterazioni dei tronchi nervosi. La sclerodermia delle dita non la si può a tutto rigore giudicare effetto unicamente dell'assorbimento del piombo. Sebbene le due osservazioni di paralisi esistessero entrambe a sinistra, pure non hanno forza per dar ragione a credere doververi essere predominio di malattia a sinistra anzichè a destra.

Du délire dans le rheumatisme articulaire aigu. (*Del delirio nel reumatismo muscolare acuto*); del dott. L. Desnos. (*Gaz. méd. de Paris* e *Revue des sciences méd.* 1878).

Questo delirio è transitorio e non si accompagna a disordini somatici del nervo, nè a temperatura elevatissima, non mette a repentaglio la vita, scompare spontaneamente, cede all'impiego dei semplici calmanti quindi è lieve e si manifesta in individui predisposti. — Il delirio più grave è più violento, di cattivo pronostico, accompagnato ad alterazioni materiali e si caratterizza per atti di violenza, di mania e spesso termina col coma; si complica anche a convulsioni in forma d'eclampsia ed arche tetaniche. Qualche volta è associato ad un tremolio generale che somiglia a quello dell'alcoolismo, da cui diversifica per l'esito funesto. La temperatura poi si eleva ad un grado straordinario.

Il delirio semplicemente *nervoso* o *riflesso* trova spiegazione negli antecedenti degli individui, nelle vive sofferenze, nell'insonnio, ecc. — Quanto all'altra forma di delirio l'Autore si oppone alla sentenza di Trousseau che sia una nevrosi, perchè l'anatomia patologica c'insegna che invece v'è una determinata lesione somatica e d'altra parte la clinica mostra la differenza che passa nel decorso della vera nevrosi paragonato con quello rapido, quasi fulminante del reumatismo articolare. Quando non si riscontrassero lesioni anatomiche, il delirio è una specie di atassia, come vedesi avvenire nel corso di certe pneumoniti.

Desnos con Andral e Rostan pensa che l'endo- e pericardite possano produrre il delirio per azione riflessa; che se fosse accompagnato dalla produzione di grumi intracardiaci, allora abbiamo agitazione, dispnea, irregolarità del polso, rumore di soffi variabili, fenomeni d'asfissia.

Quando anche avvenisse la suppurazione nelle articolazioni l'Autore nega che il delirio sia fenomeno di pioemia, perchè il reperto necroscopico non ne riscontra mai traccie sicure. — Nemmeno l'uremia si deve ritenere causa del delirio, perchè nel reumatismo articolare acuto sono molto rare. (Queste due ultime opinioni sono troppo assolute. — R.). Del resto la meningite è rara (sopra 1853 casi di Gintrac soli 23); invece non si hanno che spandimenti sotto aracnoidei, ventricolari e congestioni. A proposito di queste si notano due casi: delirj che si manifestano quando al momento della loro esplosione gl'infermi più non soffrono delle articolazioni; non somigliano a quegli ubbriaconi, i quali feriti agitano la parte senza provare dolore; infatti nelle articolazioni si

mantiene sempre lo stato congestivo: — e deliri che si manifestano mentre scompariscono le traccie delle flogosi articolari e con esse scompare ogni dolore; ma non v'è ancora metastasi, e le alternative che si possono verificare tra i sintomi cerebrali e quelli articolari rappresentano soltanto la tendenza del reumatismo ad emigrare. — Nulla ancora può dimostrare che vi viene encefalopatie durante il reumatismo provocato della medicazione (oppio, chinino, salicilato di soda). L'influenza dello stato d'iperpiressia sul delirio non è ammissibile; si hanno delirj quando il termometro segna gradi relativamente bassi. Per Desnos il reumatismo iperpiretico sarebbe un reumatismo che porterebbe la sua azione sopra i centri cerebrali che agiscono sulla innervazione vaso-motoria (bulbo). Secondo queste idee il delirio reumatico non sarebbe conseguenza dell'ipertermia, ma piuttosto questa sarebbe conseguenza della localizzazione del reumatismo. (Che razza di teoria? — R.).

L'Autore entra pure nell'ordine terapeutico e poi fa cenno della follia cronica reumatica, la quale per lo più si manifesta durante la convalescenza colla forma della depressione per lo più, qualche volta colla forma della incoerenza espansiva della mania. Questo delirio cronico dunque non ha una maniera caratteristica di presentarsi e nemmeno deve essere assimilato a gravi perturbamenti dell'intelligenza che sogliono manifestarsi nella convalescenza di altre affezioni acute (pneumoniti, febbri tifoidee); imperocchè può vedersi anche durante la stessa evoluzione acuta del reumatismo. Spesso però si deve riconoscere che è proprio legato alla convalescenza, ai gravi disturbi nutritivi. L'Autore crede che la sua causa risieda in una congestione, meno intensa che nel delirio acuto, non più persistente, dunque nella maggioranza dei casi sarebbe una forma congestiva reumatica cerebrale.

Caso di trombosi di una delle arterie coronarie del cuore diagnosticato in vita; pubblicato dal prof. A. Hammer. (*Gazzetta medica prov. ven.*, N. 9, 1878).

Il professore Hammer invitato da un giovane collega il dott. Viehmann recossi il 4 maggio a visitare un malato sul cui conto il medico curante non sapeva formulare un giudizio; era questi certo Jacopo Schreyer di 34 anni, robusto, abitualmente strenuo consumatore di birra; da un anno era stato più di una volta travagliato da reumatismo articolare, non aveva soggiaciuto per l'innanzi ad alterazione alcuna del meccanismo cardiaco. Era da un mese malato di reumatismo, e fatto convalescente nel mattino del giorno tre tentò togliersi dal letto, un'ora dopo cadde in collasso e fu trovato dal dott. Vichmann, d'urgenza chiamato, con un poco di dispnea, labbra livide e cianotiche, polso a 40: la sera dello stesso giorno duravano i medesimi sintomi, il polso era disceso a 24, ed alle ore 10 pom. le pulsazioni alla radiale erano 16 al minuto, il resto nello stato di prima.

Al momento della visita consultiva il malato giaceva supino col tronco alquanto rialzato; aveva il polso che dava 8 battute per minuto, era

perfettamente ritmico; la faccia e la cute dell'intero corpo erano fresche, e madide di sudore viscoso; gli occhi limpidi; liberi i sensi; le pupille reagivano alla luce e presentavano una media larghezza; cianosi alle labbra; non dispnea, non tosse, non escreati, nessun dolore; la respirazione libera con completa escursione costale compivasi 24 volte in un minuto.

All'esame del torace risultanze negative riguardo i polmoni, ascoltando il cuore, ai toni valvolari sistolici e diastolici, deboli sì ma chiaramente distinguibili, senza rumori, seguiva immediatamente uno spasmo clonico del viscere che manifestavasi al sovrapposto orecchio con un fremito che persisteva con ugual forza per cinque secondi, e poscia cessava istantaneamente; al cessare dello spasmo cardiaco seguiva un riposo assoluto di due secondi, poi una nuova contrazione di un minuto secondo, indi cinque secondi di spasmo, e così di seguito.

Dovendosi qui escludere che vi avessero parte lesioni d'innervazione per centrale alterazione, o di speciali filamenti, non riscontrandosi alcun segno che indicasse degenerazione adiposa del mio-cardio, o mio-cardite, endocardite, ipertrofia, atrofia, alterazioni valvolari, il prof. Hammer non tardò a persuadersi dovessero i fenomeni presenti ripetersi da un repentino disturbo di nutrizione del cuore, crescente gradatamente, o per meglio dire da una troncata irrigazione sanguigna del cuore istesso colla conseguente sottraziona del suo materiale nutritizio; e quindi il suo pensiero corse alla occlusione tr ombotica almeno di una delle arterie coronarie. Rassodavano l'idea che una sola arteria coronaria fosse occlusa, il fatto che il collasso progrediva relativamente lento, e lo spasmo che regolarmente ripetevasi della durata di cinque secondi. Se poi fosse la destra o la sinistra obbliterata, questo non riuscivasi a giudicare. L'infermo visse ancora per 19 ore, ed ottenutesi poscia l'autorizzazione di farne un esame microscopico, però limitatamente al cuore, si esportò questo viscere, e rilevossi: nessuna anormalità sulla esterna superficie pericardica; quindici grammi circa di siero giallastro nel suo cavo; la sua interna superficie liscia, e lucida; il cuore normale per posizione, volume, e forma; strato adiposo nel solco coronario e longitudinale; nessuna traccia di essudati. Esaminato internamente: atrio e ventricolo destro pieni di sangue aggrumato, denso, nero con coaguli fibrinosi, e vegetazioni globulose di ordinaria grandezza; la valvola tricuspidale, e le semilunari della polmonare intatte; il colore della sostanza muscolare pallido con leggier tinta bianco-giallastra; la parete ventricolare di spessore normale, l'endocardio inalterato. I medesimi risultati a sinistra, tranne che alle valvole aortiche, ove la valvola destra risaltava completamente spiegata mediante una massa che non solo riempiva il seno di Valsalva destro, ma ancora la superava a modo di emisfero. Esaminando con diligenza, scoprissi che gli strati superiori di detta massa fin più ove esordisce l'arteria coronaria, entro il recinto del seno, constavano di fibrina recentemente coagulata bianco-giallastra mista

a sangue. Scendendo in basso dall'arteria coronaria si mutava la natura di questa massa fibrinosa scolorandosi sempre più fino a che fattasi più asciutta ed intrecciata assumeva un colore bigio-rossastro. Tutti questi caratteri del trombo si trovavano ancor meglio espressi nell'ultimo strato sovrastante al seno di Valsalva. Il prof. Hammer nella sua relazione spiega assai chiaramente come si sviluppasse il trombo, e si localizzasse quindi a chiudere gradatamente in modo completo l'arteria coronaria nel punto di sua origine.

Sincope incompleta seguita da morte per compressione esercitata sulle ghiandole mediastiniche posteriori caseificate; Nota clinica del dottor Luigi Merlo. (*Gazz. med. prov. venete*, N. 8, 1878).

Un giovine soldato era entrato nell'aprile 1877 allo Spedale militare di Padova presentando caratteri subjettivi, ed objettivi di catarro bronchiale. Non v'erano precedenza, o dati anamnestici che parlassero in sfavore della di lui salute sebbene si presentasse di costituzione alquanto ammalata: curato coi soliti mezzi in breve volger di giorni si fece convalescente ed in 10ª giornata era apiretico, aveva poca tosse, ed escreato elaborato e facile: improvvisamente allora fu colto da brivido ripetuto, dolore puntorio a sinistra, affanno di respiro aumento di termogenesi, insomma offerse i fenomeni della pleurite: a questa, facendo l'esame stetoscopico, sentiva unirsi leggier soffio in corrispondenza della tricuspidale.

Instituivasi relativa opportuna cura, persisteva lo sfregamento pleurico, ed il soffio alla tricuspide s'accresceva: fatto appello ai tonici generali, e cardiaco-vascolari se ne otteneva buon esito. Il primo di maggio era il malato nuovamente avviato alla convalescenza, allorchè verso le undici di sera essendo disceso dal letto fu colto da aritmia con perdita di sensi, prostrazione di forze, freddo alle estremità, midriasi pupillare, ed impossibilità a servirsi della lingua, per cui alalia. Tale stato di cose perdurava al mattino successivo, e con qualche variazione di passaggiero miglioramento si mantenne per circa due giorni, poscia quasi istantaneamente sopraggiunse la morte il 3 maggio. Alla sezione cadaverica. Iperemia passiva al cervello: polmone sinistro unito al costato per pleuriche aderenze, al destro edema, ed enfisema leggiero; nel pericardio circa 50 grammi di siero, piccole chiazze biancastre alla esterna superficie del cuore, ventricolo sinistro dilatato, destro a pareti rilasciate; enormemente ingrandite per caseificazione le ghiandole mediastiniche posteriori, una di queste più grossa di un ovo di piccione.

A questa relazione fanno seguito varie scientifico-cliniche osservazioni del dott. Merlo, che passano in rassegna molte fra le condizioni morbose degli organi dell'innervazione e del circolo dalle quali avrebbersi potuto ripetere i fenomeni osservati in questo malato, e conchiudono col dire che ben difficilmente durante la vita sarebbesi riuscito ad apporsi alla vera causa da cui realmente i medesimi erano derivati.

Treatment of aortic aneurism by jodide of potassium. (*Cura dell'aneurisma aortico col joduro di potassio*); del dott. ANDERSON. (*The Lancet*, 1878, n. 8, pag. 274).

L'Autore riferisce due casi importanti di aneurisma aortico abbastanza voluminoso, in cui la cura si fece con joduro potassico, dieta tenue e riposo assoluto. Nel 1.° caso si era ottenuto un miglioramento sensibile, quando il paziente irrequieto volle abbandonare l'ospedale; a casa, abbandonatosi certamente a dei disordini, peggiorò rapidamente, sopravvenne una tosse ostinata, con difficoltà di deglutire, emoftoe; morte dopo sei settimane. Eppure erasi già ottenuto diminuzione del tumore, formazione di coaguli, scomparsa dell' impulso visibile e tattile. Forse eransi ordite altre alterazioni dalla parte profonde del tumore; ma non si potè avere il reperto necroscopico. Nel 2.° caso il tumore apparente ha il volume di un arancio, e cagiona tosse, dispnea, stasi ed edema nella parte superiore destra del corpo. Si stabilì l' identica cura del caso precedente: si cominciò con grammi 0,50 di ioduro potassico tre volte al giorno; poi si crebbe ad un grammo. Dopo 5 mesi circa il paziente aveva migliorato assai; il tumore non era più di un quarto del suo volume primitivo, e non batteva più. Allora si cominciò a concedere un po' di moto e un po' più di cibo: il paziente sentivasi benissimo, ed erano pure scomparsi i fenomeni di compressione. L'ammalato è tuttora in osservazione e si congratula del suo stato. Quindi l'Autore pensa che noi abbiamo nel seguito metodo di cura — ioduro potassico, dieta tenue, riposo assoluto — un metodo che *prolunga* la vita e *tende* alla cura radicale. I diversi casi possono richiedere qualche modificazione nella cura; ma sembra accertato che nelle condizioni suddette la produzione della fibrina del sangue e il naturale processo di riparazione sono favoriti.

Nel medesimo numero del *Lancet* sono riferiti alcuni casi di aneurismi dell'aorta e dell' innominata, in cui, avendo fallito ogni altro mezzo terapeutico, compreso il ioduro potassico, si passò alla legatura contemporanea della carotide e della succlavia. I risultati si possono dire lodevoli, imperocchè, se non fu prolungata la vita ai malati, furono soppressi molti degli incomodi provocati da quei tumori pulsanti.

Syphilis der Lunge. (*Sifilide polmonare*); del dott. M. L. TIFFANY. (*Amer. Journ.*, N. S. CXLVII, p. 90 e *Schmidt's Jahrb.*).

Prendendo occasione da 5 casi da lui osservati di sifilide costituzionale in cui fu dato di passare alla sezione, l'Autore crede di poter stabilire i seguenti principj:

1.° Negli individui sifilitici, contemporaneamente alla formazione dei depositi gommosi, avvi un' infiltrazione grigia dei polmoni.

2.° Quest' infiltrazione preferisce le parti mediane centrali dei polmoni.

3.° Essa ha pure tendenza a fondersi, a dar luogo a formazione di caverne.

4.° Difficilmente essa cicatrizza.

5.° Il decorso ne può venir influenzato dai mezzi antisifilitici.

6.° Malgrado le caverne, ecc., sono rare le adesioni pleuriche.

Ein Fall von gleichmässiger Erweiterung des Oesophagus. (*Un caso di dilatazione uniforme dell' esofago*); del dottor S. STERN. (*Arch. d. Heilkunde*, 1876, V, p. 432).

Prima di esporre il proprio caso, l' Autore passa in rivista i casi analoghi già noti di Rokitansky, Hanney, Purton, Lindau, Spengler e Luschka. Nel caso di Hanney la dilatazione totale fusiforme dell'esofago portava un perimetro massimo di oltre 16 centimetri. In quello di Lindau la dilatazione aveva un diametro massimo di centimetri 10,83. In quello di Spengler trattavasi di una squisita ipertrofia eccentrica dell'esofago: le pareti avevano uno spessore di 0,45 centimetri, e la dilatazione aveva un diametro di 5,42 centimetri. Importante ancora più è il caso di Luschka, in cui l'esofago era ipertrofico in tutti i sensi: misurava una lunghezza di 46 centimetri, quindi teneva un decorso tortuoso; lo spessore delle pareti era doppio del normale. Notevole si è la difficoltà della diagnosi: nei detti casi si erano fatti i più grandi errori diagnostici.

Il paziente di Stern era un negoziante di 20 anni, il quale, senza precedenti speciali, da circa 6 mesi andava soggetto al vomito; sulle prime questo accadeva solo di notte, appena il paziente si era coricato; in seguito però il fatto divenne più frequente, ed accompagnava ogni passo. Con ciò il paziente, astrazion fatta dello smagrimento, non si lamentava d' altra molestia; ed entrò il 10 febbraio 1873 all' ospedale di Lipsia. Era ancora discretamente nutrito, un po' pallido; al collo offriva intumidimento delle ghiandole linfatiche. Il torace ha uno sviluppo mediocre; si nota ottusità agli apici, con respiro indeterminato, *saccadé* nel 1° spazio, nessun rantolo. Toni cardiaci normali. Posteriormente si ha ottusità a destra fin sulla 5ª costa, un po' meno ottuso il lato sinistro fin sulla 6ª; e in corrispondenza respiro debole, prolungata l'espirazione. All'addome niente di particolare. Durante la degenza del paziente all'ospedale si osservò che a periodi irregolari, più spesso di notte, insorgeva il vomito previa un po' di tosse; nelle materie rejette, oltre agli alimenti, notavansi globuli di sangue e di pus, numerosi funghi, non sarcine. Anche nella giornata il paziente è soggetto a tosse, ed espettora un po' di muco-pus.

Il 15 febbrajo, per acquietare il vomito, si applicò la vescica di ghiaccio all'epigastrio: e difatti nè in quel giorno, nè durante la notte, come avveniva di solito, si ripeteva il fenomeno. Però allora si aggravarono i sintomi polmonari: di notte la tosse fu pertinace, e verso il mattino il paziente sputò qualche coagulo nerastro. Nel dopopranzo poi si ripetè ancora il vomito; vennero rigettati 750 c. c. di una massa liquida brunastra, contenente dei coaguli nerastri, di reazione fortemente acida. L'addome è sempre indolente, appena un po' timpanico. Nei giorni seguenti non avvenne più un vero vomito; e i 700-800 c. c. di liquido che si raccoglievano nel vaso venivano eliminati mediante la tosse. Era

ordinaria la stipsi. Il giorno 20 volle il paziente lasciare il letto; ma al dopopranzo ripetevasi il vomito; così il 21 e il 22. In seguito più nulla, meno un' abbondante espettorazione purulenta. In tutto questo tempo la dieta consistè in latte, brodo, uova molli, zuppe. Il 23 si diede la carne, e non avvenne peggioramento: l'appetito era sempre buono, il benessere generale pure. Il 5 di marzo, per un eccesso dietetico, ripetevasi il vomito; ma dietro l'amministrazione di bicarbonato sodico più non apparve. Sicchè il 10 marzo l'ammalato abbandonava l'ospitale; avendo perduto un chilogrammo e mezzo in peso.

Era stata fatta diagnosi di *Phtisis pulmonum* e *Ulcus ventriculi*. Laonde il caso sarebbe stato misconosciuto; se non fosse che, stante il peggioramento continuo, l'ammalato rientrò all'ospitale, dove moriva il 7 maggio 1873. All'autossia ecco quanto si rinvenne di più importante. L'esofago nella parte superiore è disseminato di nodi della grossezza d'una testa di spillo; la mucosa è piana e colorata intensamente. Già nel 2° quinto il lume è un po' dilatato; la dilatazione aumenta discendendo, cosicchè all'unione del 3° medio col 3° inferiore il perimetro misura 12 centimetri. Verso il cardias torna l' ampiezza normale. I due quinti inferiori sono sparsi di placche bianco-grigiastre; lo strato epiteliale è inspessito; il resto del tessuto è in forma di rete e bluastro. Alcune ghiandole mediastiniche sono ingrossate e fortemente pigmentate. — Lo stomaco è abbassato, e un po' più ampio del naturale. Fegato e milza scolorati. I polmoni offrono verso le parti inferiori nodi di polmonite caseosa. I bronchi sono injettati, rammolliti, e contengono delle masse grigiastre, mucose. Importante è il reperto speciale dell'esofago. Esso è lungo come di regola 25 centimetri; ha una massima larghezza di 12 centimetri (normalmente 22-28 millimetri), e le pareti grosse 4-4,5 millimetri (normalmente 2 millimetri). Questa grossezza già ad occhio nudo si riconosce dovuta in massima parte alla mucosa, non alla tonaca muscolare. E al microscopio è sorprendente di trovare per essa una grossezza di 1,3 millimetri, mentre non dovrebbe sorpassare in media gli 0,8 millimetri. Oltre a questa ipertrofia di tessuto notasi una abbondante infiltrazione di piccole cellule, ammucchiate specialmente attorno ai vasi sanguigni. La superficie della mucosa manca in buona parte d'epitelio, il quale è qua e là sostituito da masse d' essudato, da fibrina, da globuli sanguigni, i quali penetrano fino alla tonaca muscolare; in alcuni punti notansi parziali necrosi. Nella tonaca muscolare non si scorge ipertrofia di sorta; attorno ad alcuni vasi però si accumulano molte cellule rotonde. È forse rimarchevole il trovare le fibre separate da larghi spazj ed a decorso tortuoso; probabilmente è questo indizio di precedente infiltrazione edematosa; il liquido sarebbe scomparso perchè l'esofago venne conservato nell'alcool.

Il reperto microscopico è assai importante; esso depone per un' infiammazione catarrale e parenchimatosa della mucosa e sottomucosa esofagea, ne' suoi diversi stadj. E l'Autore fa dipendere appunto da essa

la dilatazione. In tutti i casi noti l'eziologia restò incognita; mancava perfino qualsiasi grado di stenosi del cardias; però mai si ebbe l'opportunità, come in questo, di farsi un'idea delle condizioni istologiche dell'esofago dilatato. Nell'ipotesi che sempre esistesse l'esofagite, resta a sapersi se questa fu primitiva o non piuttosto consecutiva all'ectasia. L'Autore la ritiene primitiva, a somiglianza delle colpiti, delle bronchiti che precedono il prolasso della vagina, le bronchiettasie. È naturale che un'infiammazione cronica, per mezzo delle produzioni che la caratterizzano, abbia a paralizzare la muscolatura del tubo esofageo, e lo disponga quindi alle dilatazioni; mentre poi il cibo arrestandovisi aggrava sì la condizione primitiva che la secondaria. La rarità dell'ectasia avrebbe una spiegazione nella rarità dell'esofagite. Qualche volta si potrebbe addurre come causa una paralisi dell'esofago; così nei casi di Hanney e Purton, dove, in seguito ad un forte colpo sul petto; era subentrata difficoltà di deglutire. E forse altre cause ancora possono darsi; ma tanto scarsi sono i materiali finora raccolti che poco si può dire in proposito. Probabilmente l'alcoolismo e la sifilide sono da contarsi tra i detti momenti causali.

Un caso di sfacelo quasi completo delle pareti del ventricolo predotto da liquido caustico, con apparente conservazione delle funzioni digerenti per lo spazio di due settimane; del prof. Dujardin-Beaumetz. (*Union Médicale*, N. 23, fevrier 1878).

Facendo seguito a quanto aveva già presentato il dott. Laboulbène riguardo alla distruzione della mucosa del ventricolo pei liquidi caustici colla possibile conservazione della vita a più settimane, il dottore Dujardin Beaumetz espone alla Società medica degli ospitali a Parigi la relazione di un caso in cui un ammalato nascondendo un tentativo di suicidio, potè per 14 giorni conservare l'apparenza della salute, e l'integrità quasi completa delle funzioni dello stomaco malgrado della distruzione quasi completa delle sue pareti.

Certo Giovanni B. d'anni 47, muratore, entra il 19 ottobre 1877 nella sala S. Lazzaro; è questi di temperamento nervoso, piccolo di statura e magro, ha l'aspetto di un onesto e laborioso operajo, racconta di non avere per l'innanzi sofferto malattie notabili, e che possano aver relazione coll'attuale, solo fu qualche volta emorroidario. Il giorno 14 ottobre, e cioè 5 giorni prima del suo ingresso nell'Ospitale era stato, a suo dire, improvvisamente colpito da violento dolore alla regione epigastrica ed ipocondriaca sinistra, seguito da deliquio e vomito di coaguli di sangue nerastro che si ripetè per ben tre volte in breve spazio di tempo: il medico chiamato d'urgenza prescrive del latte: i dolori persistono, ha qualche evacuazione melanotica per secesso.

Nell'Ospitale entra il 19 ottobre con dolori allo stomaco ed all'ipocondrio sinistro, che si esacerbano alla pressione, l'ammalato è debole, appetisce, presenta la lingua esulcerata ai bordi, qualche esulcerazione all'interno del labbro inferiore, e placche di colore biancastro a guisa

di escare al velo palatino. Non si ponno trovare le ragioni delle alterazioni della bocca, l'ammalato sempre persiste a raccontare del suo male quale un accidente. Per circa otto giorni sonvi alternative di meglio, e peggio, prende sempre sostanze alimentari liquide in poca quantità e moderata temperatura, soggiace ad epistassi, e dalla bocca esala con gas di fetidissimo odore. Il giorno 27 dopo aver vomitato poche materie sierose sanguinolente, ed accusando dolori di stomaco gli si bagnano la fronte e le tempia di gelido sudore, cadde sul letto ed istantaneamente muore.

Alla sezione del cadavere trovasi il ventricolo per bene otto decimi distrutto, e sull'ordinario spazio da esso occupato un coagulo sanguigno nerastro circondato dal residuo delle membrane gastriche in isfacelo: rimovendo il coagulo si mettono allo scoperto, il lobo anteriore del fegato, l'epiploon, la milza sulle cui confinanti superfici scorgonsi aderenze, essudati, coaguli: coaguli sanguigni trovansi pure nel primo intestino, nessun vaso d'importante calibro si vede leso.

In questa circostanza facendosi una diagnosi *post-mortem* si distrugge completamente il supposto anteriormente ritenuto che si trattasse di una semplice ulcera dello stomaco, e trovasi la spiegazione della alterazione trovata nel cavo orale e retro bocca, non che delle fetide esalazioni del ventricolo, solo rimane meravigliosa la continuazione della vita e la possibile introduzione di alimenti pel corso di due settimane. Da relazioni successive s'apprese che in conseguenza a dispiaceri, il Giovanni B. aveva ingojato un liquido caustico o corrosivo, e poscia pentito del suo attentato, ebbe a dissimulare la causa del suo male.

Ueber Gefässgeräusche bei Unterleibsgeschwülsten, speciell bei einem Leberkrebs. (*Sui rumori vascolari da tumori addominali, specialmente in un caso di cancro del fegato*); del dottor L. Gerhard. (*Arch. für Heilkunde*, 1876, fasc. V.).

Ricorda l'Autore l' importanza annessa già da tempo all'ascoltazione dell'addome nei casi di gravidanza. Poi, seguendo l'autorità di Winckel, fa passare in rivista tutti i casi in cui l'esistenza di tumori addominali è capace di determinare speciali rumori vascolari. Vengono in prima linea i tumori dell'utero, poi quelli dell'ovario (però rari assai). Sono noti due casi in cui trattavasi di tumori della milza; in due altri erano invece tumori retroperitoneali. Ma rispetto ai reni ed al fegato non trovasi in tutta la letteratura medica alcun caso di tumori che determinassero dei rumori vascolari. Quindi l'Autore stima importante il suo caso, che riferisce assai dettagliatamente. Riguarda una donna di 48 anni, madre a tre figli, ancora mestruata, la quale nell'agosto 1874 restò sorpresa di vedersi gonfiare l'addome; nel settembre ebbe ancora una scarsa perdita mensile, poi più nulla. Il ventre inturgidiva rapidamente, onde la donna credette di esser gravida. Gerhard la visitò il 21 novembre; trovò una donna deperita; l'addome misurava 98 centimetri a livello dell'ombilico, e un po' più sotto 101 centimetri. Si pal-

pava un grosso tumore, duro, superficiale, occupante specialmente il lato destro del ventre. Esso discende da sotto il costato destro fin nel grande bacino, ed invade l'ipocondrio sinistro fino a 5 centimetri dall'ombilico, dove si sente un orlo che subito ricorda quello di un fegato ingrossato. È poco mobile; verso la sinfisi e il lato sinistro dell'addome leggiera fluttuazione. La pelle è assai tesa; sviluppata a destra la circolazione collaterale superficiale: alla percussione tutta la regione del tumore è ottusa, chiara e timpanica invece la risonanza nel lato sinistro. Ascoltando, per completare l'esame, Gerhard restò sorpreso di sentire alla regione ombelicale un chiarissimo soffio vascolare, isocrono col polso radiale, che ricordava perfettamente il soffio uterino, sicchè rinacque il dubbio di complicante gravidanza. Questa però venne subito esclusa mediante l'esplorazione vaginale: l'utero era in senile involuzione, il bacino era pure perfettamente libero. Quanto a diagnosi non restava dunque a pensare che ad un tumore epatico o renale. Anche nei giorni seguenti erano sempre esistenti i rumori vascolari; l'ascite però si accentuava di più a destra; e il 30 novembre era percettibile sull'orlo sinistro del tumore un cordone, largo un dito trasverso, spostabile, il quale si sarebbe detto un'ansa intestinale. A sinistra dell'orlo stesso persisteva la risonanza timpanica; a destra sopra il tumore notevole ascite, ottusità, fluttuazione; questi dati non si alteravano nei loro rapporti, anche lasciando a lungo la paziente sul lato sinistro (ascite saccata? o tumore cistico?). D'allora, e per la somiglianza della forma e per la rapidità di sviluppo del tumore si fece diagnosi di carcinoma epatico, con essudato saccato a destra, e rumori vascolari inesplicabili. Il decorso non offrì niente di particolare, meno un po' d'itterizia il 9 dicembre; la paziente venne a morte l'11 dicembre. *Alla sezione:* prima di aprire il cadavere si nota che il margine sinistro del tumore è molto rialzato, portato in avanti; che a sinistra di esso l'addome è teso, risuonante per la presenza delle circonvoluzioni intestinali; che a destra invece il tumore nuota in un liquido fluttuante. Aperto l'addome, trovasi a sinistra ammassato l'intestino; a destra il fegato assai voluminoso, che invade fin quasi il piccolo bacino, a superficie irregolare; involto da un liquido ascitico libero, di color cioccolatta, nella quantità di 10-12 libre. Il margine sinistro del tumore è molto rilevato, ma non aderente alla parete addominale; e così esso, dividendo l'addome come in due loggie, impedì al liquido ascitico di diffondersi a sinistra. La supposta ansa intestinale sull'orlo sinistro del tumore non era che il *ligamentum teres*, assai stirato, il quale scendeva in parte sotto l'ombilico prima di risalire seguendo la superficie inferiore del fegato; esso segnava sull'organo un'incisura assai profonda, separando quasi il lobo destro del sinistro: a lui era dovuta la fissazione del tumore, e il considerevole rialzo del margine sinistro contro la parete addominale. Nella pelvi del rene destro esistevano tre nodi neri metastatici; uno anche al ventricolo sinistro del cuore. Gli altri organi erano normali. Il tumore

epatico pesava libre 12, e Wagner fe' diagnosi di endotelioma primario melanotico.

Ora, dalla storia clinica, nonchè dal reperto cadaverico macro- e microscopico, ecco quanto ci interessa in rapporto ai rumori vascolari notati:

1.° Essi avevano origine non dubbia nel fegato: si udivano appena appoggiato l'orecchio sul tumore, non erano trasmessi nè dal cuore, nè dall'aorta, nè dalla cava, perchè, sebbene forti, non potevansi udire che in un breve spazio, attorno all'ombilico; dunque *in casi di diagnosi incerta ritengasi che anche tumori epatici possono dare rumori vascolari.*

2.° Come nascevano tali rumori nel fegato? Dal reperto anatomico e microscopico sono indicati tre momenti: 1.° la neoformazione di molti vasi; 2.° il deposito nei capillari e nelle vene centrali di granuli pigmentarii numerosi, donde l'occlusione più o meno completa del loro lume, con stasi consecutiva nella vena porta e nelle arterie epatiche; più probabilmente doveva essere in queste che originava il rumore, benchè anche i capillari potessero non essere estranei, stante la possibilità di un *polso capillare;* 3.° lo strozzamento del fegato per opera del legamento terete, il quale aumentava ancora più gli ostacoli e quindi il soffio sistolico.

L'Autore fa in seguito osservare come i tumori in cui si percepiscono dei rumori siano per lo più solidi; il che egli farebbe dipendere dalla maggior facilità con cui i loro vasi possono andar soggetti a compressione, quindi a stasi. L'utero gravido, contenente liquido, non fa eccezione che in apparenza; perchè anche in esso i rumori sono tanto più sensibili quanto più gravi sono gli ostacoli alla circolazione. Tuttavia non si può ancora affermare che i rumori abbiano sempre sede nelle arterie.

Tisi delle capsule sovra-renali; pel prof. Fabre. (*Archives générales de médecine*, fevrier 1878).

Dacchè i lavori di Addison chiamarono l'attenzione sovra le malattie del rene succenturiato, con frequenza s'ebbe l'opportunità di riconoscerlo ammalato, ma ciò che ancora non si è fatto, si è di classificare diagnosticandole in vita le malattie a cui quest'organo può soggiacere: a tale scopo devonsi dirigere i medici studj, e ad ajuto di tali ricerche il professore Fabre riferisce le storie di tre ammalati in due de' quali per lo avvenuto decesso si potè constatare la malattia diagnosticata quale tubercolosi della capsula sovra-renale, nel terzo essendo stato dimesso in condizione di migliorata salute non si poterono raccogliere che i sintomi patognomonici caratteristici della malattia in discorso. Ecco ora i punti più importanti delle varie osservazioni che il Fabre espone, ed i pratici corollari che esso ne deduce.

Il 29 novembre 1876, era stato accolto in Clinica un giovane operajo di 31 anni, e di origine italiano; questi presentava l'aspetto di un

tifoso con qualche localizzazione tubercolare agli organi respiratorj; indi a poco, smagrito notevolmente, prostrato di forze, istupidito, travagliato da infrenabile vomito con raffreddamento delle estremità e stitichezza assoluta toccò gli estremi di vita offrendo una tinta di colore azzurrognolo, che subentrata dapprincipio al pallore del viso si estendeva poscia al petto, ventre, e radice degli arti inferiori sotto forma di chiazze, o specie di isole di color bruno. Nessuna alterazione quantitativa, o qualitativa erasi presentata nelle orine che si mantennero abbondanti, colorate e dense normalmente. Il malato venne a morte, ed all'autopsia che si eseguì il 25 dicembre si rinvennero poche granulazioni tubercolari cretacee al polmone destro; alle capsule sovra-renali manifesta degenerazione tubercolare, nodo tubercoloso rammollito nel centro del rene destro, il sinistro anemico, ambidue poi alquanto aumentati di volume.

Pochi mesi dopo un secondo ammalato di 29 anni proveniente dall'Algeria, e nel quale non erano precedute nè sifilide, nè alcoolismo, entra nella Clinica con caratteri manifesti di tubercolosi. Esso presentava una colorazione assai bruna all' interno delle labbra, in molte località della pelle e specialmente in prossimità agli organi genitali: non si esitò a diagnosticare una *capsulite caseosa* o *tisi capsulare*, ed in fatto tale alterazione anatomo-patologica venne constatata alla sezione cadaverica. Il malato da 14 mesi aveva sofferto dolori di stomaco, ai lombi alle anche, ed alla coscia destra con accessi febbrili irregolari: dopo 15 giorni aveva rimarcato che la sua pelle si abbruniva, e per quanto esso riferiva in circa tre settimane era divenuto del colore di un mulatto. Il 26 gennajo 1877 eragli sopraggiunta una violentissima crisi dolorosa colla sede principale alla parte destra del collo, la temperatura elevossi a 39°, la vista s'intorbidò, patì vertigini. Il 9 febbrajo cefalalgia frontale vivissima, ed apparve il vomito, calmo dapprincipio, infrenabile in seguito; l'undici, violento delirio, raffreddamento periferico, e morte.

All'autopsia. — Tubercolo del volume di una piccola noce all' emisfero sinistro cerebellare, alterazione della undecima e dodicesima vertebra dorsale, distruzione della prima lombare: tubercolizzazione polmonare disseminata; fegato atrofico; capsule sovra-renali inegualmente sviluppate di figura bernoccoluta, e dure, la destra del peso di 14 gr. la sinistra otto, ambedue in preda a degenerazione tubercolare.

Nel giugno 1877 un terzo infermo pure di origine italiano e nella età di 25 anni fu accolto all'Hôtel-Dieu sala Ducros; esso presentava i medesimi fenomeni del primo; aspetto tifoso, vomiti, adinamia profonda, qualche traccia di tubercolosi al destro polmone, colorazione bronzina di una parte della pelle. Il malato accennava di essersi già per due volte trovato in simile condizione, ed esserne guarito: infatti dopo un' alternativa nello stato generale e nella colorazione della pelle, potè essere dimesso dallo Spedale un po' meno bruno, e meglio in forza dopo due mesi di dimora.

Il tratto caratteristico che meglio contraddistingue la malattia in discorso è il particolare colore della pelle, colore peraltro che prende il suo valore in codesta diagnosi, se concomitato dai segni generali di cui si tenne parola, giacchè potrebbe manifestarsi la tinta bruna od anco bronzina della pelle per altre cagioni, e cioè: per vizio congenito di eccessiva pigmentazione: per condizione transitoria come nel cloasma e nella linea addominale delle donne gestanti: per influenza dei raggi solari: per causa di malattie speciali, quali la pitiriasi nera, la vitiligine, l'itterizia nera: per discrasia cachetica, cancerosa, clorosi bruna, e per la stessa tubercolosi: per avvelenamento di nitrato d'argento, o di anilina.

Il secondo segno che valga per la diagnosi è dato dalle particolari alterazioni delle vie digerenti. Vengono in seguito i disturbi di circolo che si possono distinguere in due gruppi, cioè nel movimento, e nella composizione: pel movimento lo stato di adinamia in confronto al febbrile nella composizione, la melanosi. Tengono dietro poi il dimagramento, e la debolezza generale.

Per la diagnosi differenziale fra la tisi della capsula sovra-renale e le alterazioni, che si possono sviluppare in quest'organo è necessario oltrecchè dei già citati sintomi, tener conto particalare dell'influenza scrofulo-tubercolare. La tisi capsulare concomita la polmonare, si verifica con maggior frequenza a sinistra, la sua diagnosi in complesso è sempre assai più difficile che per la tubercolosi polmonare, mancando qui le stetoscopiche risorse; vi si arriva tenendo calcolo di tutti i fatti surriferiti, potendosi escludere che i medesimi tengano origine da particolari alterazioni di altri organi.

Bemerkungen über die Urämie und ihren Einfluss auf die Körpertemperatur beim primären Morbus Brightii. (*Osservazioni sull'uremia, ed influenza di questa sulla temperatura del corpo*); del dott. ADOLFO STRÜMPELL. (*Arch. d. Heilkunde*, 1876, fasc. 1°).

Durante una pratica di 24 anni, l'Autore raccolse 171 osservazioni di malattia di Bright primitiva, delle quali 54 a decorso acuto, 117 a decorso cronico, e le studiò in rapporto all'uremia. Nei 54 casi acuti egli notò le manifestazioni uremiche 18 volte (33 per 0[0); nei 117 cronici sole 32 volte (27 per 0[0). Simile complicazione parrebbe dunque un po' più frequente nei casi acuti; ma forse i dati non sono troppo certi, stante la difficoltà di fissare nei casi leggieri il valore dei sintomi che iniziano l'uremia. I casi che terminarono colla morte per uremia furono 17 su 52, cioè un terzo. Pare che il sesso non esercitasse una speciale influenza sulla frequenza dell'uremia; una invece valutabile, sebbene mai notata fin qui, pare l'eserciti l'età. Prescindendo dall'età infantile, in cui il *morbus brightii* è raro, l'Autore rileva come la frequenza dell'uremia dopo i 50 anni vada molto diminuendo. Il che ammette una doppia spiegazione: nei casi in cui la morte devesi realmente ad un intossicamento dell'organismo prodotto dagli ultimi ele-

menti di riduzione delle sostanze organiche, si ricordi la diminuita intensità della nutrizione nei vecchi; e nei casi in cui è dimostrabile una alterazione anatomica (p. es. edema cerebrale) si pensi al fatto empirico che i vecchi godono di una sorprendente tolleranza anche per disturbi considerevoli del sistema nervoso centrale. Dalla statistica di Strümpell appare altresì che i pochi casi di uremia verificatisi in persone dell'età di oltre 50 anni furono sempre mortali. Quindi in linea pronostica si può concretare il seguente importante concetto, che nelle persone oltre i 50 anni affette da *morbus brightii* l'uremia non è frequente, ma se avviene essa aggrava immediatamente la prognosi. Facendo un paragone tra le due forme anatomiche della malattia di Bright, cioè fra la cirrosi renale e l'ipermegalia renale inflammatoria (il 2° stadio del *morbus brightii* secondo gli antichi autori), l'Autore rileva che l'uremia è assai più frequente nella prima (11 volte su 17), tra i sintomi di uremia dell'una e dell'altra forma non appare tuttavia una sensibile differenza. Peraltro si può forse ritenere che laddove l'uremia insorga senza preceduta diminuzione della secrezione renale si tratti piuttosto di rene cirrotico; il che probabilmente significa che i fenomeni sono dovuti specialmente ad un edema cerebrale; fugace per sua natura. E siccome nei casi di rene cirrotico avvi sempre ipertrofia del ventricolo sinistro e forte tensione nel sistema arterioso, non è fuori del caso l'ammettere la teoria di Traube a spiegazione dei detti fenomeni. In appoggio sta il fatto che in tali casi non avvertesi sensibile riduzione nella secrezione orinaria; e più ancora che in certi rari casi insorgono pure delle convulsioni limitate a una metà del corpo; casi i quali ben difficilmente si potrebbero spiegare mediante un vero intossicamento uremico, mentre lo sono facilmente dall'alterazione anatomica cerebrale accennata.

Strümpell si occupa in seguito dei fenomeni termici, che occorrono nell'uremia. Essi sono assai varii, nè si potrebbe raccoglierli in uno schema comune. Anzitutto bisogna distinguere i casi in cui l'uremia riesce fatale, da quelli in cui essa più o meno presto svanisce, lasciando il paziente nello stato *quo ante*. In questi ultimi ordinariamente la temperatura si innalza, ma di poco; è massima alla sera, e non passa i 39°; in molti casi si limita a 38°-38°,6. Maggiori temperature si osservano di rado, ed allora specialmente che si mostrano accessi di freddo o sudori (sintomi da porsi nel quadro dell'uremia perchè non si accompagnano ad alcuna complicazione inflammatoria). Allora la temperatura può salire a 40°-41°,5. Anche nei casi di uremia *terminale* è raro che non avvengano alterazioni nella temperatura; l'Autore ne ha osservato tre soli casi. Nel 1.° veramente i sintomi uremici non erano molto spiccati; nel 2° eravi coma profondo con notevole diminuzione della secrezione urinaria; nel 3° il paziente era soporoso, e prima di morire appena dava 38°. In tutti gli altri casi la temperatura procede in doppio modo talora — ed è il caso *più frequente* — *coll'uremia terminale avviene un rapido e forte aumento di temperatura*, il quale spesso si

continua anche *post mortem;* talora invece — caso raro — l'*ammalato muore in profondo collasso*, discendendo la temperatura fin sotto la norma, a 36°-34°.

Se a questo modo di procedere della temperatura animale rispondano momenti speciali della fenomenologia uremica, non si è potuto decifrare. Intanto però possiamo stabilire il concetto che nei casi di uremia la prognosi è molto più favorevole finchè la temperatura non si altera che di poco; si aggrava appena la stessa si modifichi un po' fortemente in più o in meno.

Ossalati di soda nella metrite; del dott. Gatti. (*Rivista Clinica di Bologna*, N. 3, 1878).

Il dott. Pietro Gatti assicura di avere ottenuti ottimi risultati dall'impiego dell'ossalato di soda nella cura della metrite, e metro-peritonite puerperale; esso lo usa alla dose di centigr. 80 in grammi 125 di emulsione gommosa da consumarsi nella giornata. Già il Lange aveva fatto l'encomio di questo rimedio accertandone l' utilità non solo nella metrite ma ben anco per la puerperale infezione: il Gaspari nega a questo rimedio la qualità antisettica.

The local use of solution of quinine in chronic irritation of the bladder. (*Uso locale della chinina nella cistite cronica*); del dott. Nunn. (*The Lancet*, 1878, n. 8).

Da qualche tempo l'Autore fa uso loc almente di una soluzione di chinino come antisettico; ed afferma di trovarsene assai contento. Ma il più importante risultato l'ottenne injettando la soluzione di chinina in vescica nei casi di irritazione cronica, quando l'urina è carica di pus. e decomposta. In tali casi la vescica è assai irritabile, il desiderio di orinare è continuo, mentre la vescica non è capace di svuotarsi o per un ostacolo prostatico o per atonia muscolare. Il chinino allora sa ovviare a tutti questi inconvenienti: il collo della vescica si fa meno sensibile, il bisogno della siringazione si fa molto meno frequente; il povero ammalato più non sente dei tormenti; ed anche le qualità dell'orina a poco a poco si modificano.

Ein Beitrag zur Casuistik multipler Echinococcen. (*Contributo alla casuistica di echinococchi multipli*); del dott. R. Rohde. (*Arch. d. Heilk.*, 1876, fasc. 1.°, pag. 45).

L'Autore riferisce una storia molto dettagliata di echinococchi multipli, la cui importanza risulta dalle seguenti considerazioni. Lo sviluppo della malattia avvenne lentamente e in condizioni favorevoli per gli echinococchi, così che furono invasi anche organi di solito rispettati, come i polmoni, il cuore, il peritoneo. Da una statistica di Davaine risulta che su 383 casi i polmoni erano affetti in soli 40, il cuore in 10, la parete anteriore del petto e del ventre in 12. Sopra 33 autossie dell'istituto patologico di Berlino si trovarono 3 volte echinococchi nei polmoni, una volta nel cuore, mai nel peritoneo. Oesterreich afferma che nella letteratura si conoscono appena 21 casi di echinococchi del

cuore. In 40 casi raccolti da Kelly si trovò una volta affetta la milza, mai il cuore ed il peritoneo. — Nel caso di Rohde si osservò ciò che appena fu notato una volta da Virchow, la presenza di echinococchi dentro i vasi linfatici sub-peritoneali della parete addominale, dell'utero, ecc. Ed è poi caso unico in tutta la letteratura medica in quanto che dimostra che anche semplici echinococchi (e non solo l'echinococco multiloculare) può raggiungere il proprio sviluppo dentro le vie linfatiche. Assai probabilmente l'andamento della malattia si spiega così: ingresso di molte uova nell'intestino, sviluppo in questo degli embrioni, trasporto dei medesimi per mezzo dei vasi intestinali nella vena porta, e quindi al fegato. Alcuni trapassarono il fegato, arrivarono al cuor destro, e di qui al polmone. Altri attraversarono il polmone, giunsero al cuor sinistro, quindi all'aorta, e per mezzo dell'arteria coronaria anteriore nella parete del cuore. Quegli altri echinococchi che trovavansi nella milza e nel diaframma forse eranvi arrivati per mezzo delle diramazioni aortiche. — Si può pensare anche a quest'altro modo di diffusione. Gli embrioni penetrati nel fegato vi si svilupparono; molte vescicole divennero così superficiali e poterono invadere gli organi vicini, attraversare il diaframma, ecc. Qualcuna anche si sarà rotta versando il contenuto nel cavo addominale; donde una peritonite, la quale avrà favorito l'assorbimento di scolici dentro i vasi linfatici del peritoneo. Contemporaneamente molti scolici si fissarono pel peritoneo e si calcificarono. L'ascite sarà insorta per obliterazione meccanica di molti rami della porta nel fegato. Però non è certo possibile determinare l'ordine cronologico di manifestazione dei diversi fenomeni.

Anche il decorso clinico del caso non va privo di qualche importanza. Quando la paziente entrò all'Ospedale presentavasi ascitica, senza alcun sintomo che accennasse ad una sicura diagnosi. Mancavano peraltro lesioni cardiache, e renali; onde bisognava cercare la causa dell'ascite in una stasi addominale. Per i precedenti si poteva escludere la cirrosi epatica; la diagnosi ondeggiava tra echinococco, carcinoma, adenoma del fegato; dall'anamnesi nulla che rischiarasse il caso: le sofferenze eransi manifestate lentamente, senza primitivi disturbi nel benessere generale; solo in ultimo notavasi un difetto nella nutrizione; anche l'età della paziente non parlava contro nessuna delle predette forme (35 anni).

I sintomi potevano stare tanto per l'echinococco che pel carcinoma: la cedevolezza delle protuberanze, la fluttuazione appena sensibile di alcuni nodi, l'ingrossamento della milza per formazione di altri consimili nodi, la mancante itterizia (segno secondo alcuni dell'echinococco), il fuggevole tremolio caratteristico delle vescicole di echinococco, parlavano piuttosto per l'echinococco — finchè un bel giorno l'espettorazione di membranelle cistiche tolse ogni dubbio sulla natura del morbo. I disturbi avevano incominciato nel marzo 1870; fu fatta la paracentesi quattro volte; morì il 20 marzo 1872.

La cura fu puramente sintomatica.

Degno di osservazione è pure lo straordinario numero di echinococchi che giunse a sviluppo nei diversi organi. Al contrario di quanto asserirono alcuni, che il massimo numero di cisti occorrenti nel fegato non passa le 5 o 6, il nostro caso dimostra che tal numero può essere infinito.

Contributi allo studio della gotta; di Rees, Pouzet e De Giovanni.

Owen Rees (*Note on gout* in *Brit. med. Journ.* 1877) combatte l'opinione chimica di Garrod non che la credenza da questi ingenerata che la manifestazione dell'accesso sia dovuto alla deposizione di acido urico. Appoggiandosi invece all'autorità di J. Paget e di Gairdner, sostiene che l'accesso gottoso è la conseguenza delle flebiti capillari. Convalida la sua opinione citando casi in cui sonosi riscontrate le flebiti delle grosse vene in gottosi.

Pouzet (*Contribution a l'étude de la goutte.* Thèse de Paris, 1878) sopra due gottosi, casualmente entrati nell'ospitale, ha fatto qualche studio sulla temperatura durante l'accesso e qualche altra osservazione importante. Intanto per ciò che riguarda la temperatura ha trovato ne' suoi gottosi persino 40° e 40°,3. Questo prova che il termometro non giova a stabilire una differenza tra gotta e reumatismo come s'è voluto ammettere. — Ha avvertito la deposizione dei tofi dopo l'accesso — ciò che prova essere questi l'effetto e non la causa dell'accesso. — Durante l'accesso le urine hanno presentato un coloramento verde foncée, che persistette anche durante l'amministrazione del salicilato di soda. — La proporzione dell'acido urico nell'urina sta ora al di sopra, ora al di sotto della norma; quindi non è nella impermeabilità dei reni che bisogna cercare le cause dell'accumulo dell'acido urico nel sangue. — Il salicilato di soda ha fatto scomparire il dolore, senza modificare il processo; il joduro di litio ha prodotto una diminuzione notevole dei tofi e del suo uso non si ebbero seri inconvenienti.

De Giovanni (*Sulla gotta.* — *Ann. univ. di med.* 1878) è contro la teoria di Garrod sull'origine della discrasia urica. Questa origina sempre per una particolare alterazione della funzione del fegato ed è agevolata dagli eccessi del vitto, non che dalla dispepsia acida. — Le funzioni del fegato alterandosi pare costituiscano un difetto quando assoluto, quando relativo della secrezione biliare. Per questo il processo dell' ossidazione dei materiali organici, non si effettua secondo la norma, per questo sempre più si sconcerta lo stato generale costituzionale e la funzione digerente. — Tali conclusioni sono tratte dall'Autore dallo esame dei proprj casi clinici, non che da molte ricerche uroscopiche, secondo le quali si vede l'importanza che gode il fegato come organo della riduzione organica. — Nei gottosi v'è uno stato idiosincrasico nervoso e dietro questo principio, cavato dai fatti pratici e da alcune idee fisiologiche a questi applicati, stabilisce che l'accesso gottoso non incomincia col dolore alle articolazioni, ma col primo alterarsi della in-

nervazione e della digestione. Da questi precedenti proviene l' alterazione della secrezione urinaria, che del resto non è costante e l' acido urico ora è più ora è meno abbondante; da tali condizioni aggravate per le conseguenze inevitabili che si manifestano nello stato generale dell' innervazione subito che si sconcertino due importanti apparati (intestino, rene), abbiamo alterazioni vaso-motorie alle estremità, stasi venose, infiltrazioni, trasudamenti, alterazioni sensoriali. I tofi di acido urico sono una conseguenza non la causa dell' accesso. — I fatti inerenti alle alterazioni dell'apparato chilo-pojetico ed urinario sono comuni a tanti individui sofferenti per altre malattie croniche addominali e non di gotta: a quelli che soffrono di gotta è proprio l' idiosincrasia nervosa spinale. — La somma frequenza dei fatti addominali surricordati, rappresenta la frequenza della causa (gli abusi dietetici) non che di alcune circostanze anatomiche intuite da alcuni distintissimi scrittori, rese certo da breve tempo e consistenti nel predominio del circolo venoso che suole manifestarsi più o meno negli individui giunti che siano all'età adulta — quando spesseggiano le malattie addominali, la pletora, le emorroidi, la gotta. — Questa malattia ammette una disposizione ereditaria che si stabilisce in due punti dell' organismo; nel sistema nervoso e nel sistema circolatorio. La cura radicale non può farsi che contro questi due elementi colla migliore igiene; la cura dell'accesso è secondaria.

Clinique climatologique des maladies chroniques; par le doct. L. Thaon, Paris 1877.

L'Autore intraprendendo la pubblicazione di quest'opera, che prende di mira la cura delle malattie croniche mediante i grandi modificatori del sangue e delle costituzioni — vuol rendere accessibili a tutti i risultati della sua vasta pratica nella stazione di Nizza. Il 1.° fasc. tratta della *Tisi polmonale*, argomento sulla cui importanza non occorre spender parole.

L'Autore con ottima intenzione, prepone allo studio della cura climatica, il modo con cui egli comprende la natura della tisi.

E subito, appoggiandosi ai risultati degli ultimi studj della scuola francese, ripete con orgoglio la frase di Laennec — il tubercolo è la lesione essenziale della tisi polmonare. — E quindi con Charcot rinnega assolutamente la *Tisi pneumonica* dei tedeschi: la sola differenza tra le masse caseose e la granulazione grigia consiste nel volume, non v'ha altra tisi polmonare che quella prodotta dall'invasione dei tubercoli; al più si distinguerà la forma *granulosa* dall'*infiltrata*. Meno esclusivista però di Charcot, Thaon ammette la caseificazione degli essudati infiammatorj nei tisici; benchè dal quadro clinico passando all' esame anatomico non si trovi alcunchè di assoluto sufficiente a far distinguere le masse caseose dai prodotti tubercolari. — Quanto alla natura del tubercolo è inutile riandare i motivi, abbastanza comuni, per cui l'Autore

rifiuta l'idea di tumore per accettare quella d'infiammazione, speciale se non specifica.

Conseguenza di questo concetto anatomico è l'abolizione del quadro clinico della tisi pneumonica: non esiste differenza di sorta tra questa e la tisi tubercolare nè per riguardo all'esordire, nè per riguardo ai fenomeni generali e locali: le diversità apparenti non tengono che alla diversa malignità ed estensione del processo. Anche nei casi classici di tisi pneumonica, quella in cui la malattia cominciò con tutte le apparenze di una polmonite franca, l'Autore sostiene che si tratta pure di infiltrazioni tubercolari fin dal principio. E in prova cita un caso da lui presentato alla Società di Biologia, in cui, malgrado l'esordio tumultuoso della malattia a guisa di pneumonite, tutto un lobo era infiltrato da una materia grigio-rosea, liscia al taglio, friabile, istologicamente costituita come la granulazione tipica di Virchow. — Il diverso modo di procedere della temperatura e dei segni locali nelle due forme dipende dalla diversa gravità loro: una granulazione è ben certo che va più tacita di un' infiltrazione estesa. D' altronde anche i fautori della tisi pneumonica devono riconoscere che nel decorso le due forme si avvicinano e confondono, presentando gli stessi fenomeni, le stesse complicazioni.

In mezzo all'infinita varietà dei sintomi offerti dai singoli pazienti, l'Autore trova utile la seguente classificazione clinica basata sul concetto flemmasico della malattia:

Tisi polmonare acuta a febbre continua	granulosa semplice » generalizzata infiltrata

Tisi polmonare sub-acuta: con brevi interruzioni della febbre.

Tisi polmonare cronica	con episodio acuto con complicazione semplice

Passa poi a toccare la questione eziologica, e come da tutti si ammette, Thaon conferma che nessuna delle cause accidentali invocate a spiegare la formazione della tisi è sufficiente se prima non si è costituita una modificazione speciale dell' organismo: nè trraumatismi, nè affezioni reumatiche delle vie respiratorie, nè privazioni d' ogni genere bastano a produrre la tisi, se una speciale debolezza organica ereditata o acquisita non permette l'infiammazione tubercolare. Priva d'ogni fondamento serio è la teoria dell'inoculazione e contagio del tubercolo: se la coabitazione con un tisico bastasse a provocare la malattia, la razza umana non tarderebbe a spegnersi. La stessa patologia sperimentale ha dato torto a Villemin. Non meno infondata è la teoria tedesca dell'*auto-infezione*: un focolajo caseoso qualunque, anche d'esistenza ignota, può essere il punto di partenza d'un'infezione generale? No, rara è l' esistenza di simili focolaj; ma se anche esistessero non si può logicamente

affermare che siano la causa di un tanto effetto: si ricordi che essi rappresentano appena la prima manifestazione di una malattia che riapparendo ad intervalli assumerà poi la forma di granuli. — Ora, anche la comunanza dei momenti eziologici sta a favore della teoria unitaria della tisi.

Appoggiandosi specialmente all'anatomia patologica ed alle ricerche istologiche, l'Autore trova di poter sostenere l'unità della scrofola e della tubercolosi.

Nel quadro sintomatico, l'Autore si occupa specialmente della *temperatura*. A ragione fa osservare che l'ascoltazione e la percussione ci danno notizie importanti, ma la temperatura ne dà di ancora più importanti: importanti, perchè esprimono lo stato delle condizioni generali. Egli, trasformando gli ammalati stessi in attenti osservatori, potè raccogliere numerose curve termometriche, estese a parecchi anni; con un colpo d'occhio si rilevano da esse i punti di sosta e di ripresa del male, l'influenza della cura, le peripezie diverse di così lunghi periodi. Ecco le conclusioni: La *tisi acuta* non dà una curva speciale: se la forma è grave, la febbre è molto elevata e continua, la malattia dura pochi giorni, con sintomi di soffocazione e tifoidei. Se la tisi acuta si prolunga per alcune settimane, la febbre si fa remittente, ma l'abbassamento della temperatura accade in ore variabili, per lo che si distingue dalla tifoide, la cui curva è più regolare e a remittenza mattutina. — Nell'*infiltrazione tubercolare*, se estesa o rapida, la febbre può esser continua; se no la febbre ha andamento irregolare, come di una febbre catarrale. Qualunque poi sia l'inizio d'una tisi acuta, se si prolunga, la febbre dopo qualche tempo si modifica, diventa consuntiva, serotina, i suoi caratteri si confondono con quelli della *febbre etica* della tisi cronica.

Quali sono i *caratteri della febbre etica?*

a) *Curva termometrica.* — L'accesso di febbre quotidiana resta ben di rado al disotto dei 39°, e può passare i 40°; se è breve insorge nelle ore pomeridiane per terminare sulla sèra; qualche volta tardando fin nella notte può sfuggire all'attenzione del malato nonchè del medico; se è prolungato, incomincia già al mattino, ma non raggiunge che tardi il maximum, mentre negli accessi brevi il maximum di temperatura è presto raggiunto. Non è poi vero che al mattino sia caratteristico un abbassamento della temperatura al disotto della norma; perchè ciò si verifica anche in altre forme febbrili. b) *Il brivido* non è niente affatto costante. c) *I sudori* costituiscono pure un accessorio che può mancare od esser parziale, mentre in alcuni si costituisce come sintomo grave per la sua abbondanza. Si nota che il sudore riconduce la calma e il benessere nel paziente. d) In relazione alla febbre, ai sudori le *orine* possono diventare assai scarse; mancando i sudori si può avere quasi una poliuria. e) Il *polso* è sempre frequente e molle anche negli intervalli d'apiressia una volta stabilitasi la consunzione; durante l'accesso febbrile va facil-

mente a 140°, e siccome è dicroto, le pulsazioni sembrano legate l'una all'altra. f) Altri fenomeni che accompagnano la febbre etica sono la dispnea, la tosse *secca vespertina*, il vomito, ecc. Eppure tutto questo quadro può ordirsi così subdolamente da sfuggire anche alle ricerche del medico.

La febbre è dovuta alle lesioni polmonari, rappresenta la reazione dell'organismo sotto l'influenza dei prodotti piretogeni svolti dal processo acuto; cessa col cessare dei fenomeni acuti. Anche negli ammalati più gravi, che presentano enormi escavazioni, essa manca se alla periferia delle caverne la zona tubercolare è stazionaria. Se la febbre esiste quasi sempre sullo spegnersi della vita d' un tubercoloso, non è già perchè l'organismo spossato tradisca le sue sofferenze con una febbre speciale, ma perchè in quel punto si avvera un' altra eruzione di tubercoli, eruzione fatale che abolisce l'ultimo residuo del campo respiratorio. Thaon non ammette la teoria *vitale* della febbre, essa riposa sovra un errore d'osservazione: a questo proposito egli si esprime nettamente: — la febbre esiste appena si formano i tubercoli; cessa appena finita l'eruzione; riappare se avviene un'altra eruzione; è interrotta se l'eruzione continua dal principio fino alla morte; è viva, quasi continua se la tubercolosi è rapidamente invadente; è quotidiana, di breve durata se procede lentamente; e riferendoci sempre al termometro, non alle relazioni subjettive, si devono escludere anche le differenze individuali, per concludere formalmente che la febbre è in rapporto assoluto colla violenza dell'eruzione tubercolare. Il solo fatto individuale ammissibile è la rapidità con cui si forma in alcuni il deposito tubercolare. Quindi escludiamo senz'altro la possibilità di *tisi latenti*, di *tisi apirettiche* (Hérard e Cornil) fondate su osservazioni inesatte. La teoria setticoemica della febbre etica non ha ragione d'essere: infatti una volta formata la caverna, avvenuta l'infiltrazione tubercolare la febbre cessa, allora appunto che si sarebbero stabilite le condizioni più opportune per l'assorbimento di materiali infettivi.

Se la febbre è tanta parte del processo morboso, niuno v'ha che non ne riconosca la somma *importanza diagnostica*: senza più, basti dire che i segni fisici della tubercolosi non sono esclusivi della medesima: un *cancro* all'apice del polmone darà tutti i segni della granulia, fin l'emoftoe — ma non darà la febbre. Perchè dunque la si neglige così ingiustamente? Però non possiamo pretendere da essa che ci illumini sull'esattezza della diagnosi all'iniziarsi della malattia; perchè anche la febbre suppurativa ha i medesimi caratteri, e qualche volta fu vista venire simulata dalla tifoide, nel periodo suo ultimo così detto delle *oscillazioni discendenti*, e dall' infezione palustre. Dove la febbre serve egregiamente si è quando trattasi di distinguere la tisi vera da certi stati isterici che hanno tutte le apparenze della tisi: v'hanno tosse, vomiti, sputi di sangue, cachessia, calore secco della pelle seguito da sudori — ma non c'è la febbre vera che si tradisce al termometro.

Così la mancanza di febbre vera non ci farà distinguere dalla tisi quegli stati in cui una tosse frequente, accessionale analoga a quella dei tisici fa temere per il paziente; non si tratterà allora che di tracheobronchiti di natura artritica o reumatica. — L'insorgere della febbre in un tubercoloso ci farà sempre temere un'estensione attiva della malattia; ma bisognerà bene studiarne i caratteri per distinguere se non dipendesse piuttosto da qualche malattia intercorrente.

La febbre deve pur avere un'importanza pronostica: essa non ci dice solamente se la malattia è in evoluzione o stazionaria; ma ci insegna se le lesioni sono più o meno estese. Man mano che la febbre passa dal tipo continuo al sub-continuo, all'intermittente, crescono le speranze, e finalmente giunge il punto in cui la febbre cessa, e l'episodio acuto è finito.

Importante è pure il capitolo che tratta dei *tisici isterici*. Quando la tisi si dichiara, cessano le manifestazioni rumorose dell'isterismo — ma non v'ha sintomo della tisi che non sia esagerato o simulato dall'isterismo. La diagnosi differenziale è assai delicata, e si basa specialmente sulla sproporzione dei sintomi rispetto alle lesioni locali. Dolori toracici esagerati per cui fin l'esame del petto è impossibile: tosse insistente secca: emoftoe singolare; frequente, abbondante, come se tenesse un tipo, talora quasi volontaria: inappetenza particolare esagerata, capricci per certi cibi strani ed insufficienti; talvolta vomito e diarrea senza ragione di sorta; afonia completa che si riconosce dovuta a paralisi dei muscoli che avvicinano le corde vocali, e non ad affezioni flogistiche ulcerative del laringe; non manca nemmeno il quadro apparente della febbre, meno l'elevazione della temperatura. — È curioso poi che con tutta la gravezza dei sintomi (apparenti) la malattia tira molto in lungo: si direbbe che l'isterismo giuochi una parte antagonistica rispetto alla tisi. Però non dobbiamo lasciarci illudere; e solo c'interesserà la diagnosi differenziale per fare un'esatta prognosi, e una cura più opportuna.

Cura della tubercolosi. — Dopo tutto quanto esponemmo, si comprende che non v'ha una cura specifica per sì terribile malattia; procuri il medico di sottrarre i pazienti alle condizioni causali, perchè una volta dichiarata la malattia, non v'hanno specifici. — L'Autore lasciando in disparte la terapeutica delle diverse indicazioni fornite dal decorso, dagli accidenti della malattia, si occupa in modo particolare dei grandi agenti naturali.

Così prima di accedere al proprio argomento, passa in rivista le cure pneumatica e idroterapica. Nota come colla prima aumentino sì la forza respiratoria che la capacità polmonare; avverte per altro che la stessa non è applicabile a tutti i malati; sarebbe anzi pericolosa nella tisi acuta e nei periodi acuti della tisi cronica, e nelle persone troppo disposte all'emoftoe; sarebbe inutile nei casi di molta estensione della malattia o di complicazioni. Invece è indicata nelle infiltrazioni atoniche,

nei casi di broncorrea, di complicanze enfisematose od asmatiche, di essudati pleurici d'antica data — e i risultati sono sempre per lo meno *palliativi*, e qualche volta anche *curativi*. — Anche l'idroterapia è un potente soccorso: ma va applicata con giudizio, non con entusiasmo; e si richiede che l'individuo non sia troppo esaurito, cachettico, altrimenti, anzi che rialzarle, si abbattono le forze del tutto. La febbre vespertina non è una controindicazione: anzi è moderata dall'idroterapia, come scompajono per essa i sudori, la spossatezza, la tosse, l'inappetenza.

Al contrario la diarrea, le complicazioni laringee, gli essudati pleurici recenti, una febbre viva che dura quasi tutta la giornata vengono esasperate da questa cura. Senza contare che vi sono delle controindicazioni individuali, per esempio, nell'emoftoe, nella disposizione ai reumatismi. Un mezzo assai potente per attivare la respirazione, per agire su certi ingorghi torpidi è l'involgimento parziale del petto con delle compresse bagnate nell'acqua fredda (semplice o medicata con principj eccitanti e risolutivi — sal marino): si copre poi con flanella per mantenere l'umidità durante una notte intera. — L'idroterapia, eccitando la circolazione periferica, libera gli organi centrali dal sangue stagnante; di più tonifica il sistema nervoso, onde risveglia ed attiva tutte le funzioni.

Notevole è poi l'influenza benefica della morfina sul tisico. L'Autore espone alcuni casi in cui ottenne da essa effetti meravigliosi: i tisici la tollerano anche a dosi esagerate: racconta di un americano il quale era giunto a consumare 80 centigr. di morfina al giorno per injezione ipodermica; e con questa cura eransi riavute le forze, arrestato lo smagrimento, aumentato di libbre 20 il peso del corpo, malgrado l'estensione e la gravezza delle lesioni locali. Le injezioni ipodermiche eccitano tutte le funzioni: il polso flacco dicroto torna normale, le pupille allargate si restringono, la respirazione affannosa si fa calma, la stasi passiva alle estremità scompare, il periodo febbrile si abbrevia. Questi miglioramenti si avverano quando la tisi è avanzata, se il paziente non è troppo disposto alle congestioni; e sono così costanti che Thaon osa formulare questa proposizione — esauriti in un tisico tutti i mezzi terapeutici, possiamo sperare ancora molto dalla morfina. — E non si deve temere di aumentare gradatamente la dose, fosse anche a 15-20 e più centigr., appena il malato si abitui e non risenta più i benefici effetti. La spiegazione di questa influenza della morfina vien dall'Autore ricercata nell'azione fisiologica sua, di congestionare il cervello; appunto avviene nei tisici per l'autofagia non pure una enorme diminuzione dei globuli rossi, ma anche della massa sanguigna; per cui manca finalmente al cervello lo stimolo vivificatore, e tutte le funzioni languiscono. La morfina, mandando verso il cervello buona parte del sangue residuo, lo rianima, e di conserva si rianima tutto l'organismo. Che così sia, sembra provato dal fatto che altrettanto avviene negli individui esangui per emorragia.

Veniamo finalmente allo studio della *cura climatica.* L'Autore dice anzitutto che avendosi in genere delle idee false sulla tisi, v'hanno molte esitazioni anche sul significato di questa cura: chi vuole consista solamente nel procurare al paziente un'atmosfera calda ed uguale, chi vuole debbansi distinguere le forme della tisi in *torpida* ed *eretistica* per consigliare alla prima i climi secchi eccitanti, i caldi ed umidi alla seconda; chi poi pretende di ottenere la guarigione mediante un clima secco, il quale prosciughi la secrezione bronchiale, ecc. Non si tratta invece di deprimere un' infiammazione o di combattere un semplice deterioramento organico; bisogna sottrarre il tisico all'ambiente malsano delle città, rinforzarlo con un'aria tonica e pura, e infine risparmiargli tutte le cause reumatiche senza chiuderlo in una serra calda. Ora tutti i climi proposti soddisfano a queste condizioni? Per rispondere a questa domanda l'Autore considera i diversi elementi della cura climatica:

1.° L'Aria: questa deve] essere ad una temperatura dolce e abbastanza costante a una pressione poco variabile, deve potersi facilmente rinnovare senza venir agitato da correnti troppo forti, deve essere poco umida, molto pura. Per lo che non sono niente affatto adatti i climi snervanti dei tropici, le stazioni delle Antille, di Madera; la statistica dei pazienti curati a Londra dà migliori risultati di quella dei curati a Madera. La tonicità dell' aria è maggiore quanto più è fredda; ma bisogna tener conto dell'azione sua irritante sui bronchi, delle congestioni viscerali per azione riflessa dai vasi periferici. Occorre una temperatura media, non troppo uniforme, oscillante da 9° a 15°, perchè i malati subendo l'azione tonica possano anche muoversi a cielo scoperto. — La pressione atmosferica dovrebbe essere poco variabile per evitare ai malati non già le emoftoe (che non stanno in relazione alcuna col barometro come alcuni pretendono), ma quei disturbi vaghi, nervosi che disturbano le funzioni di circolazione e digestione. Se però i cangiamenti bruschi di pressione sono a temersi, altrettanto non si può dire delle diverse pressioni barometriche a cui si assoggettano i tisici stando in una stazione più o meno elevata sul livello del mare; imperocchè allora l' abitudine si fa presto, l' equilibrio non tarda a stabilirsi tra la tensione vascolare e la pressione atmosferica. Le stazioni elevate sono anzi eccellenti nella state, a meno che i pazienti siano cardiaci, emoftoici, eccessivamente nervosi. — Quanto allo stato igrometrico, l'Autore dice che non sa come si possa trovare in un tisico l' indicazione d' un clima umido; è *sempre* preferibile un clima secco, appena sarà da sceglierlo adatto per l'individuo; l'eretismo di un tisico dipende dalle condizioni generali di oligoemia, di poco tono nervoso; perchè dunque suggerirgli un'aria ancora più snervante? L'aria secca favorisce la traspirazione, quindi fa che la cute ajuti la funzione respiratoria già sofferente; di più essa stimola le funzioni digestive depresse, influisce beneficamente sui reumatismi, le nevralgie, l' espettorazione bronchiale. — Giovevole è pure l' esistenza nelle stazioni di leggieri brezze che ser-

veno a rinnovare l'aria, a fornirle interpolatamente nuovi elementi eccitanti; nocivi sarebbero al contrario i venti che urtano i bronchi e trascinano il polviscolo atmosferico. — Ricordiamoci insomma che il tisico è destinato a morire poco a poco per insufficienza respiratoria, e dirigiamo tutti i nostri sforzi a rialzare questa funzione, procurandole abbondante ossigeno in ambiente libero.

2.° Il Sole: è il miglior privilegio di una stazione invernale, e contribuisce a renderla superiore ad ogni altra e nel medesimo tempo sia protetta dai venti del nord. Favorite sono perciò le stazioni lungo il littorale della Provenza e della Liguria, mentre quelle della Svizzera vogliono d'inverno essere trasformate in loggie di vetro per ricevere i raggi benefici del sole senza le sferzate dell'aria cruda. Sarebbe utilissimo che i malati restassero avvolti dal sole dal mattino alla sera; ma l'azione sua troppo eccitante sul sistema nervoso, e sulle mucose troppo esposte richiedono certi riguardi nei soggetti molto delicati. Bisogna ricordare specialmente, per evitarne i cattivi effetti, la differenza di temperatura che passa dal sole all'ombra, specialmente in sul tramonto; è cosa singolare che le persone sensibili si sentano meno bene in sul trabenchè chiuse nei loro appartamenti: allora si svegliano le nevralgie, monto, si manifestano i brividi, le complicazioni si acuiscono. L'effetto benefico del sole non richiede parole per essere dimostrato; la febbre vespertina medesima si è visto modificarsi dopo alcune splendide giornate; e tutti nella propria esperienza sanno quale letizia e benessere infonda l'astro maggiore. Il sole agisce per mezzo del calore, della luce e di certe sue proprietà chimiche; essenziale è l'influenza della luce, primo agente della chimica vivente; essa fa rosso il sangue a quel modo che ridona il pristino colore alle piante diventate clorotiche nell'oscurità: e quando nel sangue aumenta l'emoglobina, vuol dire che la funzione respiratoria si farà più attiva e completa, che la salute generale migliorerà.

Passando alla conclusione, l'Autore crede di poter dire — la bontà di una stazione invernale esser relativa alla bontà del suo sole; — con che egli viene a patrocinare le stazioni della Provenza e della Liguria. Anzi, esercitando egli in Nizza, dedica il resto dal suo lavoro a dimostrare i benefici effetti di questa stazione mediante esatte statistiche, e i vantaggi di cui essa gode mediante documenti meteorologici. Risulterebbe che Nizza ha una temperatura media di 9° con poche oscillazioni notturne e diurne; il sole l'illumina uniformemente, dalle 7 del mattino alle 5 di sera anche nelle giornate più brevi; l'aria è asciutta; la pressione barometrica costante (media 761.7); la quantità di ozono abbondante (media 6.5); è però spesso visitata da venti forti, contro i quali una triplice cintura di monti non sempre la difendono; la vegetazione è ricca, ma l'aere è spesso polveroso. Siccome v'è il mare, la pianura, la collina, l'azione tonica e stimolante dell'aria varia in ogni punto; quindi è un altro problema lo scegliere il luogo più opportuno

per un certo paziente. Se dunque tal clima non ha nulla di specifico, permette di fornire abbondantemente ai malati l'alimento indispensabile, ossia l'aria pura; mentre nel medesimo tempo possiamo impiegare tutti i mezzi igienici, l'arsenico, l'olio di fegato di merluzzo, ecc. A conferma dei buoni effetti del clima valga la seguente tabella compilata su 154 casi curati da Thaon:

Tisi	Morti	Aggravati	Stazionarj	Migliorati	Guariti	Totale
Acuta	14	6	0	6	0	26
Subacuta	3	5	1	10	1	20
Cronica con episodio acuto . . .	8	5	2	11	4	30
Cronica con complicazioni . . .	6	1	12	13	10	42
Cronica semplice	2	0	4	7	21	34
Acquisita a Nizza	2	0	0	0	0	2
	35	17	19	47	36	154

Da questa tavola appare che ogni forma di tisi è capace di modificazione; perfino l'acuta, che da alcuni si ritiene uccida fatalmente in breve tempo, può cangiar andamento dopo aver recato gravi alterazioni polmonari. La fisonomia generale cambia più facilmente in meglio, mentre la febbre da continua si fa intermittente; ma le alterazioni locali si emendano solo lentamente.

La tisi subacuta dà risultati più soddisfacenti: quanto meno è maligna la malattia, tanta maggiore è l'influenza del clima; cosicchè nella forma cronica semplice dà il più bel contingente di guarigioni, 21 su 34, anche nelle condizioni locali più disperate; dei 34 casi accennati 15 erano in primo stadio, 13 nel secondo, 6 nel terzo; caverne considerevoli possono guarire se le lesioni si localizzano e lo stato generale è buono. Sono abbastanza frequenti i casi in cui, essendosi arrestato il processo, trovansi tutti i segni di vasta caverna in soggetti di ottimo aspetto. Se restano dei residui, anemia, dispepsia, dispnea, enfisema, il soggiorno in un'aria pura e vivificante basta a dissipare anche quei disturbi. — Quando invece la tisi cronica va soggetta a fosforescenze acute, a complicazioni i risultati sono un po' meno favorevoli; ma non bisogna mai disperare nemmeno della febbre vespertina prolungata quando il paziente conserva buone le funzioni digerenti, per mezzo delle quali può riparare alle perdite. Occorre fornirgli colla massima liberalità aria pura e fresca; se può tollerarla, è ottima la vita fuori di casa; ove fosse stremato di forze, può stare disteso in un'amaca — o per lo meno ricevere l'elemento vivificatore dalle finestre tenute aperte per una buona parte della giornata. — Naturalmente la cura è lunga,

non bisogna far calcoli preventivi sul tempo da consumarsi in una stazione; in media gli ammalati passano, per migliorare condizioni, due o tre inverni a Nizza; ma non sempre basta. Non è d'uopo dire che la cura climatica vien accompagnata dall'uso di varj medicamenti, i quali, per influenza del clima, sono facilmente tollerati; così i balsamici, il ferro, l'arsenico, l'olio di fegato di merluzzo; più gli esercizj respiratorj, l'idroterapia, ecc.

L'Autore si occupa anche delle complicazioni della tisi cronica: emoftoe, lesioni laringee, diarrea: e con molto discernimento ne parla da patologo, per concludere che il clima di Nizza è pur favorevole alla guarigione delle medesime. — Finalmente tocca anche l'argomento della profilassi climatica; è naturale che, stante la natura delle cause generali determinanti la tisi, il godimento di un buon clima con tutte quelle regole igieniche e dietetiche suggerite da un buon pratico deve rafforzare le costituzioni degli individui che si direbbero predisposti alla tisi; ma non v'ha in quest'azione nulla di specifico.

Fall von lokaler Asphyxie oder symmetrischer Gangrän. (*Caso di asfissia locale o di gangrena simmetrica*); del dottor C. Nielsen. (*Schmidt's Jahrb.*, 1878, N. 1).

L'Autore racconta il caso di una donna di 62 anni, la quale per malattie pregresse e infelici condizioni igieniche era caduta in uno stato di cachessia: il 20 aprile essa fu presa da violenti dolori alle mani, le quali dapprima erano bianche e non gonfie, poi si fecero cianotiche e tumide. Il 21 anche i piedi erano nelle medesime condizioni, cianotici, gonfii, freddi, dolenti, sensibili al minimo contatto; le vene agli avambracci ed alle gambe erano turgide, il polso delle radiali e tibiali sensibile e regolare. Un esame accurato della paziente e dell'orina non faceva rilevare alcunchè di straordinario, meno un po' di bronchite; nessun sintomo cerebrale, nessun segno di ateroma. Dopo alcuni giorni scomparvero il dolore e la tumefazione, sulla pelle si sollevarono alcune flictene, le dita avvizzirono e presero un color bruniccio, perdettero la sensibilità, benchè di quando in quando insorgessero dolori violenti, frizzanti. Dopo 14 giorni le estremità erano diventate come di legno semiflesse e immobili nelle articolazioni; a poco a poco si formarono le linee di demarcazione, giovandosi delle quali si potè amputare o disarticolare successivamente le parti mummificate. — Circa due settimane dal principio della malattia anche la punta del naso era stata presa da dolore e senso di cociore, diventando pallida e fredda; però il giorno dopo questi sintomi erano svaniti. — Raynaud riconosce in questa malattia tre stadj: sincope locale, asfissia, gangrena. Nel caso di Nielsen le dita passarono tutti e tre questi stadj; i piedi e le mani superarono solo i primi due (formazione di sole flictene); la punta del naso soggiacque unicamente al primo. Quanto all'eziologia l'Autore non crede impossibile si trattasse di un avvelenamento di segale cornuta; però non si trovavano le volute condizioni.

Nella letteratura scandinava se ne conoscono otto altri casi analoghi avveratisi in individui che non avevano oltrepassati i 20 anni; solo una donna aveva 31 anni. Ma nulla si può ricavarne che spieghi questo fenomeno di paralisi vasomotoria.

Erythem als Folge von Malaria. (*Eritema da malaria*); del dottor Volquardsen. (*Schmidt's Jahrb.*, 1877, N. 7, pag. 41).

L'Autore espone due casi pregevoli di eritema conseguenti ad infezione da malaria. Nel 1.° si tratta di *eritema nodoso*; la paziente, donna robusta, venne l'estate 1873 da S. Francisco a S. Barbara (California), cioè da un paese sano ad uno infestato dalla malaria; poco dopo fu presa da malessere generale, facile stanchezza, qualche menorragia. Andò sempre peggiorando, finchè, esauriti i mezzi comuni, ricorse nel febbrajo successivo al dott. Volquardsen. Questi la trovò anemica, polso 68, piccolo e facilmente compressibile, temperatura normale, lingua sporca, appetito scarso, stitichezza; e notò sulla metà anteriore delle gambe un eritema nodoso ben sviluppato; sull'una esistevano 3 nodi, sull'altra 4, ed un 5.° appariva alla superficie dorsale del piede corrispondente. Avevano forma rotonda quei piccoli, allungata nel senso dell'asse della gamba i maggiori; il colorito era rosso pallido; le dimensioni variavano da un'avellana ad una melarancia. Circa una settimana prima della mia visita la paziente aveva avuto un leggier accesso di febbre, durante il quale era apparso il primo nodo sullo stinco, sotto cocente dolore; in seguito apparve l'un nodo dopo l'altro, e la mattina del 19 febbrajo ne era apparso un altro grosso come una nocciuola appena sotto al ginocchio. Gli accessi di febbre si ripetevano ogni dopo pranzo, e andavano mano mano facendosi più intensi e prolungati. Durante la febbre il dolore provocato dall'eritema era insopportabile, minore invece nell'apiressia. L'Autore cominciò dal dare un infuso di sena, limitandosi localmente all'applicazione di acqua vegeto-minerale. Poi per la febbre ricorse al chinino. Ebbene, il 20 la febbre e il dolore erano diminuiti, e il 21 erano cessati. I nodi eritematici presto impallidirono, e in pochi giorni guarirono senz'altra medicazione, dando luogo a leggiera desquammazione della cute. — Il 2.° caso riguarda un *eritema papuloso*; contemporaneamente ad un ascesso di febbre perniciosa, simulante una forma tifosa, il paziente, contadino robusto, presentò su tutta la superficie del corpo, eccetto il volto, un diffuso eritema a papule di poco rilevate sulla cute, di color rosso scuro, della grossezza massima di una fava, di forme irregolari. Anche qui il chinino dileguò tutti i fenomeni, sì tifosi che cutanei, e in due giorni febbre ed eritema erano svaniti. Non venne osservata veruna desquammazione della cute.

RIVISTA DELLE MALATTIE DELLE PRIME VIE RESPIRATORIE

del dottor MARGARY FEDELE.

Loewenberg — *I tumori adenoidi del faringe nasale, loro influenza sull'udito, la respirazione e la fonazione; loro cura.*
Foulis — *Estirpazione della laringe.*
Mordillon — *Un caso d'apparente frattura della laringe.*
Tripe — *Sulla difterite.*
Koch — *Della paralisi dei muscoli dilatatori proprj della glottide. — Considerazioni sulle paralisi laringee in generale.*
Glynn — *Caso di paralisi degli abduttori delle corde vocali.*
Schaeffer — *Contributo alla casuistica dei tumori laringo-tracheali.*
Heymann — *Dall'ambulatorio clinico per la laringoscopia e rinoscopia del prof. Stoerk in Vienna.*
Voltolini — *Pinzette galvano-caustiche, nelle quali le due branche, ciascuna per sè, si accende.*
Krishaber — *Della laringotomia inter-crico-tiroidea.*
Ganghofner — *Dei tumori adenoidi della cavità naso-faringea e della loro cura.*
Keller — *Un caso di linfoma maligno della tonsilla della faringe.*
Bide — *Angioma cavernoso dell'ugola; operazione.*
Krishaber — *Anestesia della laringe prima delle operazioni.*
Margary — *Fibroma angiomatoso inserto sulla corda vocale inferiore destra, operazione colla galvano-caustica, guarigione.*
Krishaber — *Corpi stranieri nella laringe. Estrazione per le vie naturali.*
Koch — *Stringimento laringeo in seguito a febbre tifoidea. Considerazioni sul laringo-tifo.*
Mescede — *Un caso di paralisi bilaterale dei dilatatori della glottide (muscoli crico-aritenoidei post.), con esito di guarigione.*
Krishaber — *Osservazione di rumore respiratorio anormale, guarigione.*
Koch — *Gozzo cistico. — Injezioni jodiche. — Puntura. — Gangrena. — Morte.*
Galland — *Corpo straniero della trachea (pera d'orecchino). Tracheotomia col coltello. — Guarigione.*
Bayer — *Sviluppo ed operazioni di un cancro dell'epiglottide.*
Wistler — *Un nuovo dilatatore della laringe.*

Edward — *Uno spillo rimasto 33 giorni nel bronchio sinistro. Estrazione con successo. Guarigione.*
Zawerthall — *Saggi clinici di chirurgia laringoscopica.*
Salt e Sohn — *Nuova lampada d'illuminazione.*
Butling — *Istologia della glossite superficiale.*
Tool — *Corpo straniero del ventricolo della laringe.*
Brügelmann — *L'illuminazione col petrolossigeno e sua applicazione nella laringoscopia e rinoscopia.*
Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago. — Insuccesso.*

Les tumeurs adénoides du pharynx nasal, leur influences sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement. (*I tumori adenoidi della faringe nasale, loro influenza sull' udito, la respirazione, e la fonazione, loro cura*); del dott. Loewenberg. (*Gazette des Hôpitaux*, N. 60, 61, 64, 70, 72, 75, 77, 80, 82, 88. — N. B. gli articoli continuano ancora).

Uno dei primi risultati, che la rinoscopia diede nelle mani del suo inventore Czermak, si fu la scoperta di un gruppo particolare di tumori, che hanno la loro sede nella faringe nasale (1), e disturbano gravemente le funzioni di questa regione, come pure quelle dell'orecchio medio e delle fosse nasali. L'Autore dice di avere portato qualche contributo allo studio di quest'affezione.

I tumori adenoidi della faringe nasale sono proprii specialmente all'infanzia ed all'adolescenza; giunti ad un certo sviluppo imprimono all'individuo un'apparenza caratteristica, un tipo abbastanza conosciuto; però generalmente non si porta un giudizio esatto sulle condizioni di origine del medisimo. Questi tumori ostruiscono la faringe nasale, rendono impossibile la respirazione per il naso, ed obbligano il malato a stare colla bocca aperta giorno e notte, dando così alla fisonomia un'espressione d'imbecillità. La pronunzia ne rimane viziata in molti casi. Quasi sempre l'orecchio medio n'è offeso, e l'udito è scemato in modo notevole. Inoltre la stessa salute generale finisce per essere compromessa, a meno che l'arte intervenga.

L'Autore ricorda le osservazioni di Czermak, di Türck, di Semeleder, ed una sua Memoria pubblicata nel 1865 contenente cinque osservazioni di tumori adenoidi. Cita pure la Memoria del Meyer di Copenaghen pubblicata negli « Archivi di Otologia », del 1873 e 1874. Il professore danese osservò 175 casi dell'affezione in discorso, di cui 130 complicati a lesioni auricolari. La volta della faringe e la porzione adjacente della parete posteriore sono la sede prediletta dei tumori adenoidi. Le pa-

(1) L'Autore chiama *faringe nasale* la parte di quest' organo, che è superiore al velo del palato, supposto che questo sia rialzato sino ad un piano orizzontale.

reti laterali della faringe nasale presentano meno sovente tale affezione, e quando la medesima vi si sviluppa, dà luogo generalmente a tumori più piatti, e meno esuberanti.

All'esame microscopico dei tumori estirpati, l'Autore li trovò tutti ricoperti di epitelio stratificato, le cui cellule superficiali erano cilindriche e generalmente vibratili. La massa dei tumori si componeva di tessuto adenoide (His).

Il tessuto adenoide, ricco in follicoli, si trova abbondante, allo stato normale, nella mucosa della faringe nasale, specialmente verso il padiglione della tromba d'Eustachio, e nella fossa di Rosenmüller, ma anche di più alla volta della faringe ed alla parte adjacente della parete posteriore: il medesimo forma quivi, tra un padiglione della tromba e l'altro, uno strato di altezza e conformazione estremamente variabile (sino ad 8 mill. di spessore), che si può considerare come un organo speciale, cui il Luschka diede il nome di *Tonsilla pharingea* (1). La prima menzione di quest'organo si troverebbe in un lavoro di Lacauchie (2). « Les glandes du pharynx, egli dice, constituent à la partie supérieur de cet organe une espèce d'éponge sécrétante, etc. »

L'Autore distingue i tumori in questione in *sessili* o *piatti*, e *pediciuolati* o *allungati*.

Nel suo lavoro del 1865 l'Autore ha per il primo stabilito la stretta affinità anatomo-patologica dei tumori adenoidi della faringe nasale colle granulazioni tanto conosciute della parete posteriore delle fauci. Egli si fondò sulla osservazione di molti casi, in cui le due affezioni coesistevano, ed ebbe a notare qualche volta nella stessa persona dei gradi intermedii tra l'una e l'altra produzione patologica.

Per quanto riguarda l'eziologia, l'Autore non ammette col Meyer di Copenaghen che il clima rigido del settentrione favorisca specialmente lo sviluppo dell'affezione; egli nega pure un'influenza decisiva delle condizioni sociali. La prima condizione speciale per lo sviluppo sarebbe secondo lui il *temperamento linfatico*. Verrebbe in seguito l'*eredità*, e l'Autore riferisce un'osservazione in appoggio della medesima. I tumori adenoidi furono trovati frequentissimamente, egli dice, in individui aventi una divisione congenita del palato.

Sintomi dei tumori adenoidi al loro principio. — Havvi una secrezione abbondante di catarro grigio-verdastro, spesso tinto di sangue, che tappezza la parete posteriore della faringe. Havvi pure catarro delle cavità nasali. Coesistono soventi granulazioni della faringe boccale. In questo stadio s'incontra già talora difficoltà nella respirazione nasale.

Sintomi dei tumori adenoidi negli stadj avanzati. — Nei casi in cui i tumori adenoidi obliterano le aperture posteriori delle due fosse

(1) In: « Max Schultze's Archiv. f. microscop. Anatomie », 1868.

(2) « Traité d'hydrotomie », Paris 1853, pl. II, fig. 10 et 11, pag. 23 et suivantes.

nasali, l'aria deve passare per la bocca, ed allora questa rimane continuamente aperta. Un'ostruzione anche incompleta delle vie nasali basta per rendere queste improprie alla loro funzione fisiologica; l'aria non arriva più a traverso alle medesime in quantità sufficiente.

La sostituzione della via boccale alla nasale, durante la respirazione, ha una serie di conseguenze spiacevoli; la prima si è un cangiamento nella fisionomia, come già fu accennato, inoltre le stesse due vie respiratorie ne soffrono danno. Infatti nello stato normale l'aria inspirata per il naso arriva nella faringe riscaldata e più o meno satura di acqua; il contrario succede nell'inspirazione per la bocca; l'aria così respirata arriva immediatamente contro la parete posteriore del faringe, e si scalda e si impregna di acqua a spese dell'istmo e del fondo delle fauci ed il principio della via laringo-tracheale; in altre parole le raffredda e le rende secche. Da tale causa ne nasce un'irritazione cronica, alla quale però l'Autore non crede si debba imputare l'origine stessa della *faringite granulo-adenoidea*.

Il difetto del passaggio dell'aria per le vie nasali determina una degenerazione considerevole della membrana pituitaria. Secondo Stoerk di Vienna la medesima diventa idropica ed i suoi follicoli mucosi ed il loro contenuto subiscono la metamorfosi colloide. In un grande numero di casi havvi una *rinite cronica*. L'odorato è generalmente indebolito, e sovente anche abolito nei casi molto avanzati.

La respirazione nasale rende l'aria non solo più calda e più umida; ma anche più pura. I lavori di Pasteur e di Tyndall hanno dimostrato quanta polvere sia organica che inorganica contenga l'aria che noi respiriamo; dunque anche sotto questo rapporto la respirazione boccale ha i suoi gravi inconvenienti.

Influenza sullo sviluppo dei bambini. — La respirazione nasale ha un'importanza capitale nei bambini specialmente nel primo anno della vita, secondo le ricerche di Rayer e di Billard. In principio della vita i bambini non sanno assolutamente respirare per la bocca, *neanche quando hanno il naso otturato*; noi sappiamo da Kussmaul che i bambini lattanti respirano esclusivamente per il naso anche quando dormono colla bocca aperta. Un bambino, che non respira per il naso, quando prende il seno è ogni istante obbligato ad abbandonarlo per respirare: il suo sonno è agitato, ed interrotto talora da veri accessi di asma. Kussmaul ammette che dei movimenti d'inspirazione col naso impermeabile e colla bocca chiusa possano determinare un'iperemia acuta dei polmoni. Secondo Bouchut, il labbro inferiore spinto dalla colonna d'aria potrebbe agire come una valvola ed ostruire la cavità della bocca. Paolo Niemeyer attribuisce alla respirazione per la bocca certi accessi di falso crup, che si osservano nei bambini nelle prime ore della notte; i medesimi sarebbero prodotti dalla secchezza della glottide consecutiva alla respirazione per la bocca.

Il russare. — Gli individui nei quali l'affezione è molto avanzata, siccome dormono colla bocca aperta, russano.

Arresto di sviluppo e deformazione del torace. — L'Autore ha trovato in molti giovani affetti da vegetazioni adenoidi assai voluminose non solo uno *sviluppo estremameente imperfetto della cassa toracica, ma ancora una notevole deformazione delle sue pareti.* Il petto era appiattito in modo sorprendente in tutti questi individui, e non in rapporto collo sviluppo generale, era fortemente depresso verso le coste medie in alcuni, in un caso trovò il *pectus carinatum*, senza che si avesse ragione di sospettare in tutti questi casi uno stato rachitico anteriore.

Ecco come l'Autore spiegherebbe il fatto : siccome i tumori non raggiungono che poco a poco il loro massimo volume, arriva necessariamente un'epoca in cui l'ostruzione delle narici posteriori, quantunque già abitualmente incompleta, diventa imbarazzante durante certe recrudescenze del turgore o della secrezione, che sono particolari all'affezione. In questi momenti la respirazione nasale diventa insufficiente; ma siccome il malato non ha ancora adottato esclusivamente la respirazione per la bocca, di tanto in tanto involontariamente chiuderà la bocca, e cercherà di respirare per il naso; questo essendo chiuso, la dilatazione del petto non può aver luogo; quindi abbassamento del diaframma e contrazione dei muscoli intercostali (soprattutto degli esterni), i quali tendono ad allargare il torace riempiendolo d'aria per la via della glottide, quindi anche depressione del medesimo. Questa depressione proviene dal predominio della pressione atmosferica da una parte, e d'altra parte dall'elasticità del tessuto polmonare, la quale tende a diminuire il volume del polmone a misura che diminuisce la pressione intra-polmonare. Quando questi disturbi hanno luogo durante il periodo di sviluppo dell'individuo, possono avere delle conseguenze durature, ed imprimere alla forma definitiva del torace le descritte alterazioni.

Influenza sulla pronunzia (le nasonnement). — Vi sono alcune lettere, per la pronunzia delle quali è necessario assolutamente che i condotti nasali siano liberi; sono quelle che si potrebbero chiamare *risuonanti*, per la ragione che la loro emissione esige che l'aria possa fuggire a traverso le fosse nasali, e provocarvi delle vibrazioni sonore. Quindi l'impossibilità per questi malati, quando l'affezione è abbastanza avanzata per chiudere il passaggio naso-faringeo, di pronunziare le risuonanti *m* e *n*.

Inoltre il difetto della risuonanza dei suoni vocali nel naso e nel faringe nasale produce quel modo di parlare caratteristico che costituisce l'ultimo grado del *nasonnement.*

L'Autore fa uno studio speciale del meccanismo di queste alterazioni nella pronunzia. Nella pronunzia della lettera *m*, l'aria viene cacciata a traverso il naso, mentre la cavità della bocca è chiusa in avanti mediante l'applicazione delle labbra l'uno contro l'altro, ed è aperta al-

l'indietro, rimanendo beante l'istmo delle fauci. Essendo così disposte le parti, l'aria contenuta nella bocca e nelle fosse nasali entra in vibrazioni sonore quando si pronunzia la *m*. Or bene, la medesima configurazione della cavità della bocca serve pure a pronunziare la lettera labiale *b*; colla differenza però che in questo caso il velo pendolo si innalza e chiude l'accesso del naso, e la corrente d'aria deve allora farsi strada a traverso le labbra. Se succede che un ostacolo patologico, dei tumori adenoidi per esempio, chiuda il passaggio all'aria dalla faringe alle fosse nasali, l'aria non potendo passare per queste, passerà per forza a traverso l'unica uscita possibile, quella delle labbra; in questo modo la lettera labiale *b* viene a sostituire la risuonante *m*, nel caso patologico in questione.

Lo stesso ha luogo per la sostituzione della *d* alla *n*. Queste sono due *linguali*, vale a dire che la chiusura invece di essere costituita dalle labbra, è prodotta dalla lingua, la quale applica la sua punta agli incisivi superiori ed alla parte vicina dell'arcata alveolare. Il meccanismo della sostituzione patologica è lo stesso che nel caso precedente: la chiusura linguale anteriore è necessaria nella pronunzia della *n*, che esige il passaggio dell'aria nel naso; la medesima chiusura serve a pronunziare la *d*; ma soltanto alla condizione che la corrente dell'aria venga a superarla. Quando adunque la via per il naso è impedita, come nel caso nostro, e si voglia pronunziare la *n*, l'aria supera l'ostacolo palato-linguale, e sostituisce così la consonante *d* alla *n*. L'Autore in seguito fa delle importanti ed originali considerazioni comparative sui suoni nasali *francesi e non francesi*, e sulle corrispondenti alterazioni che i medesimi subiscono sotto l'influenza dei tumori adenoidi della faringe nasale.

Influenza sulla laringe e sulla voce cantata. — Questo punto è molto oscuro. Si osservarono molte volte delle afonie paralitiche ribelli alla cura elettrica, che o cedettero senz'altro dopo l'esportazione di una tonsilla faringea ipertrofica o di altro tumore adenoide, oppure dopo tale operazione furono facilmente vinte dalla cura elettrica prima inefficace. Vedi le osservazioni di Bresgen, Gerhardt. Si tratterrebbe di un'azione riflessa dell'affezione faringea sull'innervazione dei muscoli del laringe.

Alcune volte la presenza dei tumori adenoidei non fa che diminuire l'estensione della voce.

Influenza dei tumori adenoidi sull'orecchio medio. — La complicazione più grave è l'*otite media*, la quale accompagna circa i tre quarti dei casi. Si tratta soprattutto di un'*inflammazione catarrale* generalmente cronica della tromba e della cassa. La *forma suppurativa* con perforazione della membrana timpanica fu osservata dall'Autore più raramente: il medesimo ne riferisce un caso dettagliatamente, e tre altri brevemente.

Modo d'agire dei tumori adenoidi sull'orecchio. — L'Autore crede che i medesimi agiscano: 1.° mantenendo nella faringe un'irritazione che

si propaga facilmente all'orecchio medio: 2.° ostruendo meccanicamente l'entrata delle trombe. Quando lo sviluppo dei tumori ha raggiunto il suo *maximum*, i medesimi possono comprimere gli orifizj delle tube in modo da impedire il rinnovamento dell'aria nella cassa del timpano, e nelle cellule mastoidee. Inoltre l'occlusione della tromba può impedire lo scolo dei prodotti liquidi separati nell'orecchio medio in caso di infiammazione; allora la ritenzione di tali masse produrrà la perforazione della membrana del timpano e qualche volta dei disordini ancora più gravi.

Pronostico delle affezioni dell'orecchio provocato dai tumori adenoidi. — Questo pronostico *è in generale favorevolissimo*; più favorevole di quello delle affezioni analoghe dell'orecchio provenienti da altre cause. La prima condizione per il successo si è di allontanare il più presto i tumori citogeni che le determinano o che, per lo meno, le mantengono. Operando per tempo, si otterrà, il più delle volte, una guarigione completa o definitiva dei disturbi dell'orecchio; invece la guarigione diventerà sempre più problematica, se si tarda troppo ad intervenire *manu armata*. Anche operando per tempo, bisognerà curare contemporaneamente l'affezione dell'orecchio secondo la natura di ogni caso speciale, ed il suo grado di sviluppo.

L'Autore, dopo avere citato le opinioni del signor Catlin, di Cassells, di Lucae sulle conseguenze deleterie per l'orecchio medio della respirazione a traverso la bocca, dice essere sua opinione che il succhiamento, operato nel secondo tempo della deglutizione, non può portare pregiudizio all'orecchio, se non nei casi estremamente rari di occlusione ermetica delle due fosse nasali.

Diagnosi dei tumori adenoidi della faringe nasale. — Questa diagnosi per essere definitiva e certa deve essere basata sull'*esame diretto* cioè: sulla *rinoscopia* e sull'*esplorazione digitale*.

L'Autore dice di aver trovata sempre praticabile la *Rinoscopia* in tutte le persone in cui il soccorso della medesima era necessario. Gli ostacoli a praticarla provengono da due organi la lingua ed il velo del palato. Per vincere il primo ostacolo l'Autore preferisce insegnare agli ammalati, davanti ad uno specchio, a tenere la lingua abbassata ed appiattita in modo che non impedisca l'esame. Il secondo ostacolo è più serio; affinchè sia possibile projettare i mezzi luminosi, dal basso in alto, dalla faringe boccale nelle narici posteriori, è necessario che il velo pendolo sia abbassato. Per ottenere quest' effetto l' Autore suole invitare il malato a respirare per il naso; cosa che non è possibile se non è mantenuta aperta la comunicazione tra la faringe *boccale* e la *nasale*; in altre parole senza che il velo pendolo sia abbassato. L'Autore approfitta del momento, in cui il malato cerca di eseguire il movimento indicato, per abbassare la lingua fortemente ed eseguire l'esame. È spesso molto utile far precedere la doccia naso-faringea.

L'*esplorazione digitale*, ecco come si eseguisce: l' indice, ricurvo,

coll'unghia tagliata ben corta e limata, e colla faccia dorsale rivolta in basso, viene introdotto per la bocca e lo si fa girare dietro al velo pendolo. Giunti nel cavo faringo-nasale, si esplora successivamente col polpastrello del dito le aperture posteriori delle fosse nasali, le faccie laterali e superiori del faringe, il padiglione delle trombe e la faccia posterior-superiore del velo pendolo. Bisogna procedere *cito tute et jucunde.*

L'esplorazione digitale ha sulla *rinoscopia* il vantaggio di giudicare meglio dello stato della parete posterior-superiore, non che delle regioni laterali del faringe nasale. Il dito ci fa riconoscere le parti nella loro mutua posizione, mentre lo specchio ce le rappresenta in iscorcio. La palpazione ci dimostra se le vegetazioni siano dure o molli, criterio questo importante per il genere di cura da adottarsi: quest'esplorazione riesce quasi sempre al primo tentativo, il che non si può dire della rinoscopia.

L'esplorazione digitale dimostra la presenza o la mancanza dei tumori, la sede, le dimensioni, la forma, e soventi l'inserzione dei medesimi; nello specchio rinoscopico noi vediamo il colore, lo stato della mucosa, e la natura della sua secrezione; col medesimo ci è permesso di spingere lo sguardo profondamente nelle fosse nasali. Meglio che la palpazione, la rinoscopia ci fa riconoscere le vegetazioni piccole e molli.

L'Autore conchiude che questi due metodi di osservazione si completano e si rinforzano l'un l'altro; bisogna adunque combinarli. Si avrà, in ricompensa del tempo e della fatica impiegati, la precisione della diagnosi e la possibilità di guarire radicalmente la malattia. Può anche essere vantaggioso l'esame della faringe nasale mediante gli speculum di Zaufal e di Michel introdotti a traverso le fosse nasali. Nel *cateterismo della tromba d'Eustachio* per gli ostacoli che si incontrano, si può talora sospettare e quasi fare la diagnosi dell'esistenza de' tumori adenoidei.

Diagnosi differenziale. — I sintomi dei tumori adenoidi della faringe nasale possono essere attribuiti ad una *corizza semplice*, ed all'*ipertrofia delle amigdale.* L'esame diretto e specialmente la palpazione ci farà evitare l'errore.

Extirpation of the larynx, (*Estirpazione della laringe*); del dott. Foulis. (*Lancet*, N. 3, 1878).

Il dott. Foulis di Glascovia dopo una breve rassegna sopra le 11 estirpazioni della laringe già state praticate antecedentemente, racconta l'operazione del suo caso, nel quale si trattava di un sarcoma papillare in un uomo di 28 anni.

L'Autore descrive pure la cannula colla quale il paziente può parlare in modo intelligibile. Egli ritiene questo strumento inventato dal dott. Ivrine per un deciso perfezionamento della laringe artificiale di Gussenbauer. Esso è costituito da una cannula tracheale comune, alla

quale è ancora adattato un tubo verticale che arriva sino all'epiglottide, mentre la parte inferiore è fissata nella trachea. Pezzi vibranti di materiale differente, di palladio, di vulcanite, di avorio, di stagno, di bosso vengono disposti nella parte più inferiore del tubo verticale, e con ciò si ottengono diversi toni.

Un caso di apparente frattura della laringe; del dott. MORDILLON. (*Gazette méd. de Bordeaux*).

Una piccola ragazza cadde sulla via mentre faceva un lavoro a maglie. Si notò tosto una contusione sopra la cartilagine tiroide, cui tenne dietro tumefazione e dolore. Fu notato che uno degli aghi era rotto; non si trovò il pezzo rotto. Frattanto l'esame non dava motivo di ammettere la penetrazione di un corpo straniero nella ferita. Un mese dopo l'Autore notò una depressione sulla cartilagine tiroide, che dal suo angolo superiore sinistro andava in basso a destra verso l'unione colla cartilagine cricoidea. Ciò faceva l'impressione, come se quest'infossamento provenisse da una frattura per pressione delle due piastre laterali della cartilagine, massimamente che alla pressione si otteneva la stessa sensazione, come quando le ossa del cranio scivolano le une sulle altre durante il parto; non c'era crepitazione. La pressione determinava dolore e fenomeni di soffocazione. Non si scoprì la presenza di un corpo straniero. Respirazione normale, poca alterazione della voce, non disfagia. Diagnosi: frattura obliqua della cartilagine tiroidea. Tre settimane dopo si formò all'esterno un ascesso, dietro l'apertura del quale fu espulso col pus uno spillo lungo 10 centim.; con ciò scomparvero anche i segni della supposta frattura. È certamente degno di considerazione la mancanza di importanti fenomeni di reazione, malgrado il lungo soggiorno di questo corpo straniero.

On diphteria. (*Sulla difterite*); del dott. TRIPE. (*Medic. Examiner*, N. 125, 1878).

Il dott. Tripe riferisce, che nell'ultima epidemia di difterite a Londra lo sviluppo e la diffusione di questa malattia potè essere messa in rapporto collo stato difettoso dei canali in parecchie case, e che i gas delle cloache determinarono la malattia in luoghi situati in alto.

Per rapporto alla terapia l'Autore rileva che la medicazione stimolante sia migliore che l'antiflogistica, e che la medicazione debilitante e le sottrazioni sanguigne siano decisamente da evitare; la cosa più razionale è di rialzare la vitalità diminuita.

De la paralysie des muscles dilatateurs propres de la glotte. — Considérations sur les paralysies laryngiennes en général (*Della paralisi dei muscoli dilatatori proprj della glottide. — Considerazioni sulle paralisi laringee in generale*); del dottore PAUL KOCH, di Lussemburgo. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc. N. 6, 1877).

Si tratta di una Suora di carità di 24 anni, nata da parenti sani e tuttora viventi. Mestruazione sempre regolare.

Quattro anni fa sintomi di bronchite catarrale; l'anno dopo, raucedine

che andò insensibilmente aumentando, in seguito emorragia bronchiale copiosa, che durò un giorno. Frattanto cominciò a manifestarsi la dispnea ed a crescere sino a prendere i caratteri dell' ortopnea. Si rilevò coll'ascoltazione e percussione un induramento della parte superiore del polmone destro. I sintomi laringei non tardarono a prendere il sopravvento. Al laringoscopio: edema enorme dell'epiglottide, delle ripiegature ari-epiglottiche, della mucosa aritenoidea ed inter-aritenoidea; le corde vocali superiori coprivano a metà le inferiori, rosse, tumide, appena percettibili, le quali lasciavano tra loro uno spazio equivalente circa a 1|10 della glottide normale; nessuna ulcerazione visibile delle medesime; forte rumore di *cornage* nell'inspirazione ed espirazione. L' Autore dice che a quest' epoca l' azione dei muscoli laringei non era intieramente annullata, per la ragione che, quando la malata era desta, gli sforzi muscolari diminuivano la dispnea ed il *cornage*.

L'ortopnea obbligò l'Autore a praticare la tracheotomia l' 8 ottobre 1873. Quest'operazione recò grande sollievo, e la malata fu inviata alla campagna; portò sempre la cannula, e seguì un regime latteo. Recentemente l'Autore la trovò in buonissime condizioni generali, l'affezione polmonale non fece progressi. L'esame laringoscopico fece vedere: edema affatto scomparso; non ulcerazione; la mucosa di un rosso scuro anche sulle corde vocali. Se la malata parlava colla cannula di Broca chiusa, si sentiva una voce rauca dipendente dalla tensione debole e dal ravvicinamento incompleto delle corde vocali. Ciò che colpiva maggiormente era l'immobilità assoluta delle cartilagini aritenoidi e delle corde vocali, immobilità che persisteva, qualunque fosse il modo di respirazione e di fonazione; nell'intonazione acuta le corde vocali si avvicinavano alquanto, ma in un modo imperfetto. L' Autore dice potersi riguardare questa posizione fissa come la risultante del parallelogramma di due forze, che si fanno anche equilibrio in tutte le funzioni normali della laringe: uno dei lati di questo parallelogramma è rappresentato dalla forza dei muscoli respiratorii dilatatori, l'altro è l' espressione dei muscoli fonatori. Nell'immagine laringoscopica si vedono le cartilagini aritenoidi e le corde vocali superiori molto avvicinate, avvi per conseguenza un restringimento anormale dell'apertura glottidea; si può senza grande errore eguagliare a zero il lato del paralellogramma corrispondente alla forza muscolare dilatatrice, quantunque l' apertura glottidea non rassomigli affatto allo stato di fonazione di una glottide normale. Se nella malata in questione i suoni non si producono in modo perfetto, se la glottide non ha la forma normale nel momento della fonazione, ciò dipende, secondo l'Autore, sia dal catarro, che dall'atrofia avanzata dei muscoli fonatori da lungo tempo nell'inazione.

L' Autore dopo uno studio diagnostico minuto e lunghissimo di tutte le affezioni generali e locali, che possono dare luogo ad una paralisi della laringe, arriva per via di esclusione a farsi il quesito se l'origine della paralisi stia nell'affezione del polmone od in un ingorgo bila-

terale delle ghiandole bronchiali. L'aspetto pallido e linfatico della malata, la presenza di ghiandole linfatiche tumefatte al collo, la data assai antica di questa tumefazioue, sintomi che lasciano supporre l'esistenza di un'adenopatia bronchiale anteriore all'affez:one polmonale, l'accrescimento lento e successivo della paralisi, lo stato stazionario in cui si vede la laringe, lo stato generale piuttosto migliorato della malata, i sintomi polmonali non progrediti, lo sviluppo di caverne dall'Autore anteriormente supposto, tutto ciò lo porta a credere che i due ricorrenti siano compromessi incompletamente dall'ingorgo delle ghiandole bronchiali, e che inoltre i filamenti del nervo vago sinistro siano compromessi o da ghiandole analoghe, o da tessuto fibroso, che suole formarsi sempre nei dintorni di un tessuto polmonale ammalato; la paralisi del lato destro dipenderebbe secondo lui da compressione ghiandolare sola. L'Autore aveva precedentemente notato che gli antecedenti della malata, l'ottusità estesa al terzo superiore del polmone sinistro, come pure il risultato fornito dall'ascoltazione dovevano far pensare ad un'infiltrazione polmonare con formazione di caverne. Egli arriva adunque alla diagnosi « di una paralisi laringea incompleta, detta respiratoria, proveniente da una paralisi incompleta dei due ricorrenti. »

Il critico W. del *Monatsschrift* di Berlino crede si debba ritenere questo caso come una pericondrite crico-aritenoidea passata ad esito. Per conseguenza si tratterebbe non di una paralisi dei muscoli, ma di una immobilità nelle articolazioni.

Nel corso del suo lavoro l'Autore traccia i principii fondamentali della cura delle paralisi. Siccome nel caso di paralisi completa dei cricoaritenoidei posteriori avvi pericolo di soffocazione, secondo l'Autore è meglio fin da principio ricorrere alla tracheotomia. Egli spera che nella sua malata lo sviluppo di una paralisi laringea totale gli permetterà più tardi di togliere la cannula.

Case of paralysis of the abductors of the vocal cords. (*Caso di paralisi degli abduttori delle corde vocali*); del dott. T. R. Glynn. (*The Lancet*, septemb. 1877).

L'Autore osservò una paralisi bilaterale dei muscoli crico-aritenoidei posteriori in un uomo di 36 anni. La causa della paralisi fu un'infiammazione miopatica determinata da raffreddamento; i sintomi della medesima furono caratteristici, dispnea, inspirazioni prolungate, ecc.

La dispnea grave richiese la tracheotomia; quindi si applicò la corrente indotta, il paziente dopo due mesi fu congedato perfettamente guarito. L'Autore cita i nove casi riuniti da Ziemssen, dei quali uno solo guarì completamente.

Beitrag zür Casuistik der Laringo-Tracheal-Tumoren. (*Contributo alla casuistica dei tumori laringo-tracheali*); del dott. M. Schaeffer in Brema. (*Monatschr. für Ohrenheilk. Nasen-Rachen-Kehlkopf. Luftröhr Krank.* Berlin, Januar. 1878).

Un uomo di 71 anni, soffriva da molti anni di un cronico catarro la-

ringeo, in ultimo s'aggiunsero soffocazioni con catarro tracheo-bronchiale. L'esame laringoscopico come pure la tracheotomia dimostrarono la presenza di tumori poliposi, i quali dalla parete destra del laringe si approfondavano nella trachea. Queste masse polipose furono esportate in gran parte col cucchiajo tagliente. Poco tempo dopo l'operazione il paziente morì lagnandosi di acute trafitture al lato destro del petto.

All'apertura della laringe si trovarono due masse di tumore di colore rosso scuro, dure, una delle quali, in parte caduta in sfacelo, si estendeva dalla ripiegatura ariepiglottica destra al lato destro della laringe, l'altra più grossa dal margine posteriore ed inferiore della cartilagine cricoide discendeva nella trachea sotto forma di una corda. L'esame microscopico dimostrò trattarsi di un cancro epiteliale.

Aus dem klinischen Ambulaterium für Laryngoscopie und Rhinoscopie des Herrn prof. Stoerk in Wien. (*Dall'ambulatorio clinico per la laringoscopia e rinoscopia del sig. profess. Stoerk in Vienna*); del dottore P. Heymann. (*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 52).

L' Autore osservò il seguente raro caso: la paziente di 16 anni, cercava soccorso per una difficoltà di respiro, che si manifestava da qualche tempo. Dall'anamnesi si seppe, che questi accessi prenunziati da una corizza, erano incominciati dalla prima gioventù, duravano 3 a 4 giorni e si manifestavano nel modo più forte, particolarmente di notte nel decubito dorsale e nell' inclinazione del capo all' indietro. Portando la testa in avanti la paziente aveva qualche sollievo ed aveva nè tosse, nè difficoltà ad inghiottire, nè oppressione di petto. L'esame dimostrò una convessità alla parete posteriore della faringe, la quale dall'indietro ricopriva i 2|3 della laringe. L'epiglottide appariva ripiegata indietro liscia e piatta. Appoggiato a due casi in cui ebbe luogo difetto d'aria per ostacolo al movimento ed irritazione dell'epiglottide prodotti dalla presenza di un tumore cistico sulla base della lingua, l'Autore spiega il fatto in modo analogo. Col catarro acuto della faringe, nel decubito dorsale e nell'inclinazione all'indietro del capo, in cui l'epiglottide cade alquanto all'indietro, aumenta pure la convessità in avanti della colonna vertebrale cervicale, l'epiglottide si applica alla sporgenza, ne viene limitato il suo movimento, e la medesima subisce una leggera irritazione. Ad un più esatto esame si riconobbe che questa proeminenza era prodotta da un difetto della terza vertebra cervicale, il quale aveva avuto per conseguenza una piegatura della colonna cervicale all'indietro. Nella raccolta anatomica di Vienna l'Autore trovò molti casi di difetti e sinostosi della colonna vertebrale cervicale; nella letteratura sono non raramente notati dei difetti della colonna vertebrale, nessun caso per altro è ricordato, in cui siansi manifestati analoghi fenomeni, e di cui siasi fatto il diagnostico durante la vita. L' Autore cita ancora un secondo caso, in cui una lordosi della colonna cervicale determinò delle difficoltà nell'inghiottire. La colonna vertebrale del paziente presentava una scoliosi nelle prime vertebre dorsali e lombari, compensata da una scoliosi con leggera lordosi

nelle vertebre più inferiori dorsali ed una lordosi nella parte più inferiore della colonna cervicale, la quale ultima formava l'ostacolo alla deglutizione. Si applicò alla paziente una cravatta resistente, della larghezza della mano, attorno al collo, colla quale essa poteva mangiare senza difficoltà. Nella letteratura si trova soltanto un caso analogo riferito da Sommerbrodt, nel quale per altro non si fece alcun tentativo per migliorare lo stato del paziente.

Eine galvano-kaustische Zange, an welcher beide Branchen, jede für sich, glüht. — Ein neues Instrument. (*Pinzette galvano-caustiche, nelle quali le due branche, ciascuna per sè, si accende, istrumento nuovo*); del prof. D. Voltolini. (*Monatschrift für Ohrenheilk. Nasen-Rachen-Kelkopf. Krank.* Berlin, marz 1878).

L'istrumento è stato inventato allo scopo di afferrare e di abbruciare quei polipi della faringe, attorno ai quali è difficile di portare un'ansa. Si potranno usare queste pinzette anche per altre operazioni, e si potrà dare varie forme ai tubi conduttori. Primieramente è con ciò dimostrato, che si possono costruire delle pinzette, le cui due branche si fanno incandescenti ciascuna per sè. Del resto l'Autore ha già in modo facile distrutto un polipo della faringe con tale strumento. Noi abbiamo avuto occasione di esaminare questo ingegnoso e semplice istrumento, quando l'Autore lo presentò al Congresso di Ginevra del 1877.

De la laryngotomie inter-crico-thyreidienne. (*Della laringotomia inter-crico-tiroidea*); del dott. Krishaber. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* Paris 1878, N. 3).

L'Autore si mostra favorevole alla sezione verticale della membrana che unisce la tiroide alla cricoide. Su 18 cadaveri in cui egli provò di introdurre una grossa cannula a traverso a tale incisione, ciò gli riuscì in tutti. In una operazione eseguita sopra una malata l'Autore aveva anche inciso l'anello della cricoide; ma egli riconobbe inutilissima questa sezione, avendo impiegato una cannula a becco di sua invenzione. Questa cannula non differisce dalle cannule comunemente usate, se non in ciò che la cannula interna è più lunga di circa un centimetro dell'esterna e la sua estremità tracheale termina come un catetere vescicale con due aperture ad occhielli laterali.

Introdotta la cannula nella trachea, la cannula interna a becco viene sostituita da una cannula interna ordinaria.

L'Autore dice che questa laringotomia inter-crico-tiroidea presenta sulla tracheotomia i vantaggi di una esecuzione più facile, e di una vulnerazione meno estesa.

Dei tumori adenoidi della cavità naso-faringea e della loro cura; del dott. Ganghofner. (*Prag. Med. Wochensch.*, 1877).

L'Autore ha avuto occasione di applicare il procedimento di Zaufal per l'esportazione dei tumori adenoidi della cavità naso-faringea. Egli nota la frequenza relativa di quest'affezione a Praga, dove nondimeno non raggiunge la gravità che ha sulle coste del mar Baltico. Dei sette casi

più caratteristici da lui osservati, tre riguardavano individui giovani di 16, 17 e 23 anni, veduti alla clinica di Zaufal. Egli notò, bene spesso, in modo chiaro, l'influenza eziologica della scrofola. All'esame rinoscopico sopra un grande numero di adulti, egli non ha mai rilevato sì fatta alterazione alquanto grave; trovò qualche volta un certo grado di aumento di volume della tonsilla faringea.

L'Autore riferisce alcuni casi onde mettere in rilievo i vantaggi dello speculum nasi di Zaufal sia per l'esplorazione della cavità naso-faringea, che per la cauterizzazione di questa regione.

Ein Fall von malignem Lymphom der Rachen-Tonsille. (*Un caso di linfoma maligno della tonsilla della faringe*); del dott. Keller. (*Monatscr. für Ohrenheilk. Nasen-Rachen-Kehlkopf. Krank.*, Berlin, december 1877).

L'Autore comincia ad osservare che l'affezione particolare della tonsilla faringea, studiata prima dal Voltolini e in seguito dal Meyer, consiste in un ingrossamento, in una tumefazione della medesima tonsilla, la quale può condurre alla completa ostruzione delle coane.

Quest'affezione è più frequente nei ragazzi scrofolosi. Ma, per quanto egli sappia, il male, secondo le statistiche ottenute sinora, era sempre cronico, si sviluppava inosservato e lentamente e senza esercitare una influenza deleteria sull'esistenza dell'individuo. Invece nel caso dell'autore la tonsilla faringea crebbe in volume ed invase le coane nel più breve tempo, e presentò i principali sintomi dell'affezione chiamata linfoma maligno da Billroth: l'esito ne fu la morte dopo cinque mesi.

H. di anni 46, economo, fin ora sano; non risulta che abbia sofferto di scrofola nè di sifilide. Il 10 gennajo 1877 andando a caccia rimase per molte ore cogli abiti bagnati indosso, senza potersi cangiare. Il giorno dopo si manifestò una corizza assai forte, la quale parve al malato così singolare, che al terzo giorno consultò un medico. Era particolarmente molesto il completo e rapido otturamento del naso. Al fine della terza settimana si notava già una tumefazione delle parti laterali del collo.

Alla prima visita il 18 marzo, l'Autore trova: individuo di costituzione robusta; la figura ha un colore bianco cereo, ai lati del collo una tumefazione costituita da gruppi di ghiandole bene limitati, disposti a forma di rosario, grossi quanto un uovo di gallina all'altezza dell'angolo del mascellare, meno grossi più in basso, e grossi come piselli e nocciole nella regione sopraclavicolare; la loro consistenza era dura, cartilaginea; la pelle che li ricopriva non aderente, tranne in alcuni punti; leggero grado di gozzo a destra; alcuni piccoli nodi ghiandolari alle ascelle ed alle inguini, normale l'ottusità della milza e del fegato, nulla di anormale al cuore ed ai polmoni.

L'esame della bocca e della faringe diede il seguente risultato: tonsille poco sviluppate; sulla parete posteriore della faringe si trovano

diversi rigonfiamenti della membrana mucosa, longitudinalmente ovali, lunghi sino a 3|4 di centimetro e larghi 1|2 centimetro, un poco piatti, di colore grigio rossastro, di apparenza lardacea, i quali, più sviluppati specialmente verso lo spazio naso-faringeo, se si sollevava il velo pendolo, rilevavano in modo evidente dal contorno normale.

All'esame rinoscopico tutto il cavo faringo-nasale si presentava ripieno di una massa di tumore, la cui superficie inferiore stava nel piano del palato duro, alla luce del sole appariva grigio-rossastra pallida, ed offriva una superficie non eguale, e solcata; l'esplorazione colla sonda e col dito accusava una consistenza molle. Tra il tumore e la parete laterale destra della faringe vi era una cresta che sorgeva da questa parete e si portava orizzontalmente in avanti, quali si vedono così frequentemente nel catarro iperplastico della cavità naso-faringea portarsi dalla tuba verso il velum; a sinistra il tumore andava fin contro alla parete laterale della faringe, per altro con un catetere si poteva tra l'uno e l'altra facilmente passare in alto, come pure dalla parete destra alla posteriore, di modo che in quel tratto non poteva ammettersi una continuità col tumore. Degli orifizj delle tube si vedeva nulla. Se si guardava a traverso le cavità nasali, mediante uno speculum di Voltolini modificato da Charrière, si notava una gonfiezza delle estremità posterior-inferiori dei turbinati, e si poteva ai due lati, a traverso ad una fessura, che rimaneva tra il setto ed i turbinati, scorgere la superficie anteriore del tumore faringeo, il quale ad ogni atto di deglutizione si spingeva alquanto in alto. Con questo mezzo, come pure mediante il passaggio di un catetere tra il tumore ed i margini delle coane veniva anche esclusa una continuità del tumore con queste parti. La laringe era normale. L'esame microscopico del sangue dimostrò nessun aumento dei corpuscoli bianchi del sangue. L'urina non conteneva albumina, nè zuccaro.

Essendo oramai urgente di intervenire, l'Autore, mediante l'ansa galvano-caustica introdotta alternativamente a traverso le due cavità nasali, riuscì in diverse sedute a portar via tanta parte di tumore, che infine a traverso il naso si poteva scorgere la parete posteriore della faringe, e nell'immagine rinoscopica una grande parte delle coane; si poteva manovrare liberamente in ogni senso colla estremità del becco di un catetere introdotto per il naso; rimaneva soltanto ancora un resto di tumore sul tetto della faringe.

L'esame microscopico ripetuto delle parti del tumore esportate fece vedere un numero straordinariamente grande di cellule serrate le une contro alle altre in un delicato reticolo connettivo; queste cellule, tutte della grandezza dei corpuscoli linfatici, in parte contenevano nuclei, in parte erano infiltrate da una massa opaca, finamente granulosa; alcune cellule raggiungevano un volume doppio delle altre, tutte però erano rotonde, senza prolungamenti od altre differenze di forma: la struttura del tessuto connettivo non lasciava riconoscere alcuna speciale disposi-

zione. Perciò il tumore apparteneva alla categoria dei cosidetti di tessuto di granulazione, e la disposizione degli elementi rassomigliava affatto a quella, che Meyer ha trovato nelle vegetazioni adenoidi.

Il paziente ebbe grande sollievo dall'operazione. Infatti potè di nuovo parlare, inghiottire con facilità, e ritrovò un sonno tranquillo. Sgraziatamente ciò durò poco.

I tumori delle ghiandole del collo presero ad aumentare rapidamente di volume, come pure le tonsille, il corpo tiroide, e le ghiandole del collo situate sulla linea mediana; a 14 giorni dall'operazione il tumore della faringe aveva già raggiunto il primitivo volume. Le ripetute ricerche microscopiche del sangue avevano dimostrato che i corpuscoli bianchi del medesimo erano senza dubbio aumentati di numero ed in parte anche di volume. La dispnea si fece tanto forte, che si credette di dovere ricorrere alla tracheotomia, per praticare la quale il malato si fece accettare all'ospedale. Quest'operazione recò tosto un grande sollievo. Allora si fecero delle injezioni arsenicali nei tumori più grossi; ne seguì un parziale ascesso nei punti delle injezioni. All'ottavo giorno dalla tracheotomia, quando lo stato del malato era nuovamente alquanto migliorato, improvvisamente comparve sonnolenza e leggero delirio, e ne seguì la morte ancora nello stesso giorno.

All'autossia le ghiandole del collo si presentarono, da per tutto uniformemente dure; si trovò soltanto un ascesso del volume di un uovo di gallina nei punti in cui si erano praticate delle injezioni arsenicali; non si trovarono altri tumori ghiandolari sia esterni che interni, come pure nessuna metastasi in altri organi; la milza di volume normale. L'Autore non potè sapere altri particolari, giacchè il malato, avendo dovuto entrare all'ospedale per l'esecuzione della tracheotomia, passò sotto la cura di altro chirurgo, alla bontà del quale l'Autore dovette gli ulteriori ragguagli.

Per quanto riguarda la diagnosi, l'Autore crede di essere autorizzato a porre quella di *linfoma maligno.* Con questo nome Billroth ha designato una classe di tumori ghiandolari, i quali si differenziano dai tumori ghiandolari scrofolosi e semplicemente cronicamente indurati, per la rapidità dello sviluppo e per la loro malignità, dai tumori leuchemici per la mancanza del cambiamento caratteristico del sangue; e dai sarcomatosi per la loro limitazione al tessuto ghiandolare e l'affinità dei loro elementi con quelli delle ghiandole linfatiche. Nel caso dell'Autore la diagnosi differenziale pendeva tra i tumori ghiandolari leuchemici ed i sarcomatosi da una parte ed il linfoma maligno dell'altra. Per quanto riguarda la leuchemia, il numero dei corpuscoli bianchi del sangue era certamente aumentato, ma non permetteva il paragone con quella. La caratteristica del sarcoma primario delle ghiandole consiste, all'opposto del linfoma maligno, nello sviluppo di un eterogeneo neoplasma tra gli elementi della ghiandola, si limita ad un più piccolo tratto, attrae comunemente nessun'altra ghiandola vicina nel processo, per contro non

incontra negli altri tessuti nessuna barriera al suo sviluppo, i quali tutti anzi scompaiono nella neoformazione, non esclusa la pelle.

L'Autore nota come in un caso analogo al suo, riportato da Winiwarter, essendo anche state fatte delle injezioni arsenicali nel tumore ed essendosi determinata l'esulcerazione del medesimo, il malato cadde in uno stato soporoso e morì affatto improvvisamente la sera dello stesso giorno sotto ad alcune convulsioni.

L'Autore crede di dover comunicare quest'osservazione, quantunque la medesima sia sotto molti rapporti incompleta, essendo dimostrato colla medesima per la prima volta, per quanto egli sappia, la partecipazione della tonsilla faringea alla forma morbosa del linfoma maligno.

Angiome caverneux de la luette, opération. (*Angioma cavernoso dell'ugola, operazione*); del sig. BIDE interno degli ospedali. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1877, p. 206).

L... Domenico, di anni 51, ha sempre goduto una salute perfetta; non sofferse sifilide, non fuma. Da soli quindici giorni ha notato un tumore dell'ugola; egli prova un bisogno frequente di deglutire la saliva; ha una tosse frequente; si lagna di un imbarazzo nelle amigdale, che però sono sane; fa sentire continuamente quel *hem* caratteristico di coloro che hanno una faringite ghiandolare. Quando il malato con un movimento abituale porta l'ugola sulla faccia dorsale della lingua, questa ne è ricoperta sino alla sua parte media.

Il tumore tiene il posto dell'ugola e si unisce ai pilastri mediante un pedicciuolo largo 6 millimetri, è del medesimo colore della mucosa del velo pendolo; rassomiglia a prima vista al frutto del gelso, è però più lungo, ed i suoi bitorzoli sono irregolari nella forma e distribuzione e separati da solchi più o meno profondi; questi bitorzoli ad una luce intensa presentano una tinta turchiniccia, che a striscie si continua verso il pedicciuolo. Il tumore preso fra le dita, non dà la sensazione di battito nè di espansione; gli sforzi di deglutizione non ne fanno mutare nè il colore, nè il volume.

Le Fort ne praticò l'esportazione rasente al bordo libero del velo pendolo coll'ansa galvano-caustica.

Il tumore misurava 3 centimetri e pesava 28 decigrammi. L'esame istologico fatto da Hayem fece riconoscere un angioma cavernoso, senza alcuna proliferazione degli elementi ghiandolari sotto-mucosi. Secondo l'Autore questo caso sarebbe il primo conosciuto nella scienza.

Anesthésie du larynx avant les opérations. (*Anestesia della laringe prima delle operazioni*); del dottor KRISHABER. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, p. 257).

L'Autore propone un mezzo semplicissimo per ottenere la tolleranza della laringe. Il malato deve introdursi il dito indice profondamente in fondo alla bocca, toccando la lingua, il velo pendolo, la faringe, in una parola tutti gli organi sui quali può arrivare. Ciò determinerà delle nausee e degli sforzi di vomito, il che appunto si vuole ottenere; perciò

si sceglieranno le ore in cui lo stomaco è vuoto. Nello stesso tempo il malato farà delle inspirazioni profonde. Ogni volta che ha luogo uno sforzo di vomito esso ritira il dito, per ricominciare tosto. Dopo dieci minuti di riposo si ripete l'esercizio, e così anche una terza volta. In una mezz'ora, in un'ora al più di questo esercizio, si ottiene la tolleranza sufficiente per fare un esame. Il malato ripeterà l'esercizio a casa sua, l'Autore non ha mai trovato casi ribelli dopo ventiquattro ore. Se l'esame dopo ciò rimane difficile, l'individuo ha quasi sempre qualche conformazione anormale dell'epiglottide, il più delle volte un rovesciamento o deformità della medesima. La tolleranza ottenuta col mezzo indicato faciliterà il sollevamento dell'epiglottide mediante un uncino, se ciò sarà necessario.

Trattandosi di operazioni nella laringe, l'Autore, partendo dal medesimo principio, introduce un catetere nella cavità della laringe e la mantiene uno o due secondi. Si determinano così dei movimenti riflessi assai meno di quanto si potrebbe supporre.

L'Autore ripete esso stesso questa pratica ogni giorno due o tre volte, e si ottiene in questo modo una tolleranza più completa che in qualunque altro mezzo. Del resto dell'efficacia di questi esercizj nell'ottenere la tolleranza della laringe tutti gli specialisti sono convinti.

Fibroma angiomatoso inserto sulla corda vocale inferiore destra, operazione colla galvano-caustica, guarigione; del dott. Margary Fedele. (*Gazzetta delle cliniche*, Torino 1878).

Si tratta di un individuo sui 40 anni, di robusta costituzione, di professione pretore, il quale da 12 anni soffriva di raucedine ed abbassamento di voce, e da due mesi cominciò a provare di notte momentanei accessi di soffocazione. L'esame laringoscopico fece vedere all'Autore un voluminoso neoplasma della laringe del volume e della forma di una fragola, di superficie leggermente solcata in vario senso, di un colore bianco roseo. Il tumore s'inseriva sul margine della corda vocale inferiore destra per un tratto di 6 a 7 millimetri, a partire dalla sua estremità anteriore, mediante un pedicciuolo nastriforme e abbastanza lungo, da permettere al medesimo un movimento attorno al suo tratto d'inserzione; nelle respirazioni tranquille il neoplasma stava per i suoi due terzi inferiori nello spazio sottoglottideo, nelle espirazioni forzate ed a scosse sporgeva maggiormente oltre il livello delle corde vocali inferiori e la sua superficie posteriore si faceva superiore; toccato e percosso colla sonda il tumore si mostrò duro ed insensibile. L'Autore fece diagnosi di fibroma.

Riconosciuto come fosse malagevole operare il tumore sia col laccio di Bruns che colle pinzette di Fauvel, l'Autore diede la preferenza al piccolo galvano-cauterio di Voltolini. Dopo alcune settimane di esercizio, avendo ottenuta una sufficiente tolleranza per parte del malato, l'Autore si accinse all'operazione colla luce solare, servendosi della batteria zinco-carbone di Middeldorf a due elementi. In quattro sedute l'Autore

riuscì a scavare nel lungo e spesso pedicciuolo un solco parallelo al margine della corda vocale mediante ripetute cauterizzazioni col piccolo galvano-cauterio di Voltolini. Oramai il tumore non aderiva più che per un tratto sottile di pedicciuolo. L'Autore confessa che egli si preoccupava assai della possibile e per lui assai probabile caduta del tumore nella trachea, e ciò, malgrado che la maggior parte degli specialisti non dia molta importanza a quest'accidente. Ad ogni evento, egli preparò nella vicina camera tutto l'occorrente per fare una tracheotomia col procedimento di Chassaignac.

L'operatore portò adunque il galvano-cauterio sul rimanente pediciuololo. Appena chiuso il circuito, il paziente fece una larga inspirazione, e poi rimase a bocca aperta, si fece pallido, e si mise a respirare con frequenza, dicendo di non potere più avere il respiro. Non si sentiva alcun rantolo, alcun sibilo laringeo, il malato parlava anzi con voce più libera... il tumore era caduto nella trachea! Questo stato durò cinque o sei minuti, senza che però vi fossero fenomeni imponenti. Finalmente il tumore con un colpo di tosse venne gettato fuori con impeto.

L'esame laringoscopico praticato tosto dopo fece vedere la glottide completamente libera, e qualche brandello di pedicciuolo sulla corda vocale.

Scorsi tre mesi l'Autore ed altri colleghi non trovarono più traccia del neoplasma. L'operato riprese tosto le sue funzioni di pretore, la voce era ancora leggermente rauca.

Il prof. Bizzozero esaminò il tumore e dichiarò trattarsi di un *fibroma angiomatoso*.

Corps étrangers dans le larynx. Extraction par les voies naturelles. (*Corpi stranieri nella laringe. Estrazione per le vie naturali*); del dott. Krishaber. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris 1878, n. 2).

Una ragazza di anni 9, mentre giuocava e rideva, aspirò una piastrina di rame. L'Autore vide la paziente sei ore dopo; la voce era spenta, c'era una tosse incessante, senza spasmo propriamente detto; l'esame laringoscopico fece vedere un corpo metallico, lucente a livello delle corde vocali.

L'Autore mise la ragazza bocconi sul letto, ma in senso trasversale al medesimo, in modo che la testa sporgesse oltre il letto; quindi egli le si inginocchiò davanti e, coll'indice della mano sinistra, penetrò sino al vestibolo della laringe, rovesciando l'epiglottide in avanti contro la base della lingua. L'operatore aprì così l'adito a sottili pinzette laringee, che introdusse colla mano destra, e colla quale potè afferrare il pezzo di rame ed estrarlo.

In questo procedimento l'Autore dà importanza alla posizione della testa, ed all'introduzione del dito: colla prima si evita che il corpo straniero spostato cada verso la trachea, colla seconda si ha una guida sicura verso il medesimo.

Rétrecissement laryngien après la fièvre typhoide. Considérations sur le laryngo-typhus. (*Stringimento laringeo in seguito alla tifoidea. Considerazioni sul laringo-tifo*); del dott. Paul Kock. (*Ann. des mal. de l'oreille du larynx, etc.* Paris 1878, n. 2, 3).

Si tratta di un giovane robusto di anni 18, colpito da grave febbre tifoidea. Alla fine della seconda settimana comparirono i primi sintomi della laringite propria a quest' affezione. La malattia percorse i suoi periodi ed il malato in capo a due mesi era guarito; la convalescenza fu lunga. Nondimeno la tosse, la dispnea, ed i disturbi della voce andarono crescendo durante un anno dopo l' invasione della febbre tifoidea, epoca in cui l'Autore esaminò l' individuo. Lo stato generale era soddisfacente; tosse rauca e intensa; sputi rari, proprii di un catarro ordinario; respirazione fischiante, laboriosa, espirazione un poco meno rumorosa e più libera dell' inspirazione; la palpazione della laringe lasciava credere all' integrità delle cartilagini.

Stato normale della faringe: Esame laringoscopico: l'epiglottide inspessita, quasi immobile, presentava un' incavatura profonda a sinistra; non ulcerazione apparente; le due corde vocali mediocremente rosse si toccavano per i loro due terzi anteriori; la glottide formava un triangolo isoscele la cui base misurava due o tre millimetri. Le corde vocali immobili nella fonazione si allontanavano e si avvicinavano in modo appena percettibile nell' inspirazione ed espirazione. Siccome il malato aveva degli accessi di soffocazione sempre più frequenti e minacciosi, fu praticata la tracheotomia ai primi di dicembre 1876, un anno dopo la febbre tifoidea. L'operazione produsse un immediato sollievo. L'Autore, convinto trattarsi di uno stringimento laringeo da cicatrici, le quali per il riavvicinamento delle corde vocali non si potevano vedere, cominciò la cura della dilatazione forzata secondo il metodo e gli strumenti di Schroetter. Malgrado che egli spingesse con facilità la dilatazione sino al n. 17, che corrisponde al diametro medio della laringe normale, i sintomi dello stringimento non si modificarono affatto. Il malato stanco della cura, e soddisfatto del suo stato, tralasciò di continuare la cura. Nello scorso dicembre 1877 la tosse e l'espettorazione erano nulle, la voce un poco più chiara, l'aspetto del malato eccellente; se egli respirava colla cannula chiusa la dispnea ed il tipo respiratorio si riproducevano come prima della cura. L' esame laringoscopico mostrò le cose di prima, colla differenza che la mucosa laringea e specialmente le corde vocali presentavano un colore quasi normale.

L'Autore trae occasione da questo fatto speciale per diffondersi estesamente in considerazioni eziologiche, di anatomia normale e patologica sul laringo-tifo, che per brevità non possiamo riferire.

Per quanto riguarda la tracheotomia nel laringo-tifo, l' Autore è di parere che la medesima si debba praticare tosto che i sintomi laringei prendono proporzioni inquietanti, e non si debba aspettare troppo tardi. L'operazione in sè stessa è talmente innocente che, se molti operati

soccombono, si può dire che sono morti non a cagione dell'operazione, ma malgrado l'operazione. Secondo l'Autore, dopo la tracheotomia, non si nota mai aumento di temperatura, e le polmoniti non sono più frequenti che nelle febbri tifoidee ordinarie. Dopo l'operazione i malati hanno un grande sollievo, ma disgraziatamente le deviazioni delle cartilagini sono ordinariamente tali, che la cannula diventa indispensabile per tutta la vita. L'Autore dà il consiglio di evitare l'incisione della cricoide nell'operazione.

In un secondo articolo l'Autore riferisce un altro caso di stringimento laringeo consecutivo alla febbre tifoidea. L'individuo è un operajo di anni 19 1/2, il quale fu colpito da febbre tifoidea nel 1875. La malattia durò sei mesi; i sintomi del laringo-tifo si dichiararono al quarto mese in modo subitaneo e violento. L'Autore dice che in questo momento lo stato del malato è abbastanza buono; dispnea nei grandi movimenti; voce appena velata; polmoni e cuore intatti; all'esame esterno la laringe appare normale; la respirazione fischiante, più rumorosa nell'inspirazione che nell'espirazione; faringe ed epiglottide sani. L'esame laringoscopico mostra quanto segue: le corde vocali, un poco arrossate, in un'inspirazione profonda si allontanano in modo imperfetto e rappresentano a un di presso la posizione caratteristica della paralisi completa dei due ricorrenti, posizione che si designa coll'epiteto di *cadaverica*; nella seguente espirazione e nella respirazione ordinaria le corde vocali conservano ancora tale posizione, mentre che nella fonazione le corde vocali si avvicinano perfettamente per produrre suoni quasi normali; in questo momento l'apertura glottidea è un poco obliqua, in quanto che la cartilagine aritenoide sinistra non giunge sino alla linea mediana, mentre la destra va a porsi davanti alla sua omonima del lato sinistro. Non si possono scorgere cicatrici nè deviazioni di cartilagini. L'immagine laringoscopica dimostra come esista un ostacolo bilaterale nelle funzioni respiratorie, ed un ostacolo unilaterale nelle funzioni foniche della laringe; inoltre, siccome la tensione della corda vocale sinistra si eseguisce in modo perfetto, quest'ultimo ostacolo non può avere la sua sede che nei muscoli, le cui funzioni fisiologiche consistono nel riavvicinamento delle cartilagini aritenoidi; in altri termini: i due muscoli crico-aritenoidei posteriori, come i muscoli crico-aritenoideo laterale ed inter-aritenoideo obliquo sinistri non agiscono che in modo incompleto. L'Autore attribuisce questo difetto di azione muscolare ad una miopatia propriamente detta dei muscoli in questione, miopatia consecutiva al laringo-tifo, la quale consiste in una trasformazione del tessuto muscolare normale in un tessuto di cicatrice Il malato si trova da due anni in uno stato stazionario sopportabile. L'Autore non crede sia il caso di tentare alcuna cura, che del resto riuscirebbe a nulla. Egli volle citare questo caso come un esempio di guarigione spontanea di laringo-tifo durante il quale la distruzione delle cartilagini, se non fu tanto seria da pro-

durre lesiòni funzionali molto serie, fu però sufficiente per determinare una distruzione muscolare penosa ed incurabile.

Fra le considerazioni che l'Autore fa in seguito sul laringo-tifo sono degne di speciale attenzione quelle che riflettono l'esecuzione della tracheotomia. Egli ripete doversi rispettare la cartilagine cricoidea per le seguenti ragioni: facendo la sezione della metà anteriore dell'anello cricoideo, si distrugge l'unico ed ultimo sostegno delle cartilagini aritenoidi e dei muscoli laringei; questa sezione è sovente difficile per l'ossificazione della cartilagine; la sensibilità della mucosa laringea aumenta a misura che ci avviciniamo alle corde vocali; sovente alla crico-tracheotomia tiene dietro una stenosi per tessuto di granulazione, il che raramente succede nella tracheotomia; infine, e questo è il punto essenziale, il coltello incontra bene spesso al davanti della cricoide un sacco pieno di pus e di detriti di cartilagine. Quando un tale sacco viene aperto, il pus ed il sangue ingombrano il campo dell'operazione: il chirurgo dirigerà facilmente il coltello verso la superficie anteriore della cricoide fattasi più o meno mobile, passerà a fianco della laringe senza penetrarvi, e sempre senza incontrare la trachea, la lama penetrerà ad una grande profondità senza arrivare sulla laringe. Se il sacco comunica coll' interno della laringe, da questo escirà dell'aria; il chirurgo crederà di essere penetrato nella trachea, affonderà la cannula nel sacco e farà morire il malato di asfissia. Le difficoltà aumentano ancora se avvi nello stesso tempo un distacco della mucosa laringea. L'Autore cita in appoggio diversi fatti occorsi a Textor, Pitha, Demme.

Ein Fall von beiderseitiger Lähmung der Glottis-erweiterer (Mm. cricoarytaenoidei postici) mit Ausgang in Heilung. (*Un caso di paralisi bilaterale dei dilatatori della glottide (muscoli crico-aritenoidei post.) con esito di guarigione*); del dott. F. Mescede. (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 17, 5, 1878).

L'esattezza della diagnosi in questo caso non è dubbia. Quando la malata (ragazza di 19 anni) venne in cura, l'affezione durava già da parecchi mesi. Durante i primi 6 giorni della sua dimora nell'Ospedale della città, fu applicata la *Faradisation percutanée* senza il più piccolo vantaggio. Al 10° giorno, essendo la dispnea assai forte, malgrado diversi sussidii terapeutici diretti contro la menostasi e l'iperemia cerebrale, l'Autore cominciò l'applicazione sottocutanea della stricnina, servendosi di una soluziono 1 per 0[0 di strychninum sulfuricum. Egli cominciò con una sola injezione di 0,001; nessuna azione. Al 12° giorno mattina, 2ª injezione di 0,002. La paziente, immediatamente alcuni minuti dopo, s'addormenta, la dispnea inspiratoria scompare completamente; la respirazione diventa facile e tranquilla; il sonno dura 1 ora; svegliatasi la ragazza, la respirazione rimane ancora libera per un quarto d'ora e poi ritorna forte dispnea.

Alla sera 3ª injezione di 0,003. Si rinnova l'effetto meraviglioso del

mattino, il sonno dura 1 1|2 ora, e poi di nuovo forte dispnea inspiratoria come prima.

L'Autore continuava a fare un'injezione al mattino ed una alla sera di 0,003, a 0,0033; dopo ogni iniezione la durata della calma della respirazione e del sonno andavano ogni giorno crescendo. Al 17° giorno: iniezione di 0,003; respirazione libera 9 ore. A partire da questo giorno l'Autore non fece più che un' injezione al mattino. Al 19° giorno la paziente si sveglia per la prima voltá di buon mattino affatto tranquilla e col respiro libero, pronunzia qualche parola, sputa un poco di sangue, essa può far avanzare la lingua sino al margine delle labbra. Injezione di 0,0036, dopo la quale la respirazione si mantiene libera per 10 ore; notte tranquilla. Al mattino (20° giorno) la respirazione si mantiene libera, alcuni sputi sanguigni, 20° giorno iniezione 0,004, 21° giorno iniezione 0,004, 22° giorno iniezione 0,0043, 23° giorno iniezione 0,0044, 24° giorno iniezione 0,0045. La dispnea inspiratoria rimane allontanata in modo durevole; la parola migliora; la lingua può essere portata fuori in modo normale, tosse forte con sputo sanguigno.

L' iniezione fatta il 24° giorno d'osservazione fu l'ultima. La paziente rimase ancora 34 giorni all'ospedale a cagione delle morbose complicazioni: durante tutto questo tempo la respirazione rimase tranquilla e libera. Quando la paziente dopo circa 57 giorni di cura fu congedata, era completamente libera da tutte le sofferenze.

La guarigione durò per quattro mesi, dopo i quali la paziente fu nuovamente colpita dalla paralisi respiratoria, e fu nuovamente accettata nell'ospedale. Per la seconda volta essa fu quivi completamente guarita dopo quasi tre mesi di cura. I sintomi della paralisi dei dilatatori della glottide furono meno intensi e minacciosi della prima volta, e furono assai prontamente vinti dalle iniezioni sottocutanee di solfato di stricnina. La maggior durata della cura fu cagionata questa volta unicamente dalle altre complicazioni.

Osservazione di rumore respiratorio anormale — guarigione; per il dott. Krishaber. Comunicazione fatta alla seduta delli 9 novembre 1877 della Società clinica di Parigi. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, décembre 1877).

Un giovine seminarista, che aveva l'apparenza della salute più perfetta, faceva un rumore espiratorio a brevissimi intervalli, costituito da un suono sempre unico e di una forza assordante, il quale ricordava fino ad un certo punto la tosse nervosa ed il *cornage*. La presenza di questo giovine dopo pochi minuti diventava intollerabile.

L'Autore riconobbe facilmente che quel rumore non si produceva a livello della glottide. Il laringoscopio non gli fece osservare alcun movimento anomalo delle corde vocali nè nella inspirazione, nè nella espirazione. L'ispezione semplice dell'istmo delle fauci gli diede ragione del fatto; quando il malato respirava tranquillamente per la bocca, tutto ad un tratto si manifestava una contrazione faringea, durante la

quale i pilastri del velo pendolo si avvicinavano con tale violenza, che l'istmo formava un orifizio longitudinale od una specie di glottide virtuale. Nello stesso tempo, l'ugola si abbassava, ed una contrazione spasmodica di tutti i muscoli espiratori aveva luogo. La colonna d'aria, cacciata con estrema violenza a traverso alla stretta apertura faringea, faceva vibrare i pilastri e l'ugola. Il fenomeno durava uno o due minuti secondi.

L'Autore propose l'ablazione completa dell'ugola, che secondo lui, prendeva la maggior parte alla formazione del rumore. L'operazione eseguita dal dott. Parise diede un successo completo e durevole.

Goître kystique — Iniections jodées — Ponction — Gangrène — Mort. (*Gozzo cistico — Injezioni iodiche — Puntura — Gangrena — Morte*); del dott. Paul Koch de Luxembourg. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris 1877, n. 5).

In una donna di 45 anni, di una costituzione robusta, si sviluppò lentamente nel lato destro del corpo tiroide una cisti di una dimensione così considerevole, che la medesima, discendendo sino alla metà del petto, aveva col suo peso depresso le quattro prime coste; nello stesso tempo il tumore respingeva la testa all'indietro forte traeva in avanti, per cui la malata aveva l'aspetto di una gobba. Il tumore avea fluttuazione uniforme in tutti i sensi, ed era attraversato da vene fortemente distese e da arterie di calibro enorme. L'Autore aggiunge che la malata era ebrea, puro sangue, fatto che viene a contraddire all'opinione che questa razza non vada soggetta al gozzo.

La cura consistette anzi tutto in injezioni di tintura di iodio, lasciando prima uscire ogni volta alcuni grammi del contenuto sieroso. Dopo la quinta injezione, quantunque fossero sempre state osservate tutte le precauzioni per impedire l'entrata dell'aria, si sviluppò la febbre, cui tosto tennero dietro gravi sintomi unitamente all'aumento del tumore. A cagione dei grossi vasi sanguigni l'Autore non osò fare che due punture distanti tra loro 3 centimetri, dalle quali uscirono gas e icore; quindi, essendosi convinto che tra le due punture non eravi alcun vaso, riunì queste mediante un'incisione. Al quinto giorno dall'operazione si sviluppò una polmonite al lobo inferiore destro, la quale fortunatamente guarì. La malata però perdeva sempre più le forze. Durante una medicazione, l'Autore un giorno volle fare un esperimento Egli introdusse la mano nella cavità della cisti, procurando colla divaricazione delle dita di riprodurre la forma primitiva del tumore, mentre l'apertura esterna era chiusa dalla mano stessa. Facendo allora parlare la malata, tutti gli astanti poterono sentire la produzione di una voce che ricordava quella del ventriloquio. L'Autore spiega questo fenomeno mediante la risonanza delle vibrazioni delle corde vocali nella cavità della cisti contenente aria.

Corps étranger de la trachée (poire de boucle d'oreille). Trachéotomie avec le bistouri — Guérison. (*Corpo straniero della trachea (pera di orecchino). Tracheotomia col coltello. — Guarigione*); storia del dottor GALLAND. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, n. 5, 1877).

Il 29 maggio 1866, alle sei ore della sera un ragazzo di cinque anni, inghiottì un pezzo di orecchino; ne seguì tosto un accesso di soffocazione, che durò venti minuti. Si chiamò un medico, il quale, credendo ad un corpo straniero nell'esofago, amministrò un emetico e praticò il cateterismo; ma senza vantaggio. Nei giorni seguenti, come anche nei primi accessi di soffocazione, il ragazzo ebbe sputi sanguigni. Malgrado ciò si continuò ancora a cercare il corpo straniero nell'esofago con differenti sonde. Finalmente essendo apparsi nuovi gravi accessi di soffocazione durante queste ricerche, fu ammesso che il corpo straniero doveva trovarsi nella trachea, e dal rumore osservato nella respirazione, che il medesimo dovea salire e discendere dai bronchi alla glottide e viceversa. Ciò non ostante si pensava ancora alla possibilità di un polipo della laringe per la ragione, che il padre raccontava avere il bambino sofferto convulsioni e soffocazioni fin dell'età di nove mesi. Non pare che si sia fatto alcun tentativo di esame laringoscopico; giacchè di ciò non si parla.

Il dott. Desprès incise cinque anelli della trachea al disotto dell'istmo del corpo tiroide. Appena aperta la trachea, un colpo di tosse fece salire il corpo straniero tra i margini della ferita; divaricati questi mediante due dilatatori, l'operatore estrasse colle dita una pera di orecchino in vetro fuso lungo 15 millimetri e largo 9; la punta ne era rotta e presentava degli angoli taglienti. La ferita fu riunita senza mettere alcuna cannula; al 25° giorno la ferita era completamente cicatrizzata. Il pezzo di orecchino si trova al museo Dupuytren.

Développement et opérations d'un cancer de l'epiglotte. (*Sviluppo ed operazioni di un cancro dell'epiglottide*); del dottor BAYER di Bruxelle. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n. 5, 1877).

L'Autore descrive un caso di carcinoma, che partendo dalla radice della lingua invase le fossette glosso-epiglottiche, i legamenti glosso-epiglottici, l'epiglottide e le ripiegature ari-epiglottiche. Alla lettura di quest'osservazione si rimane meravigliati della tolleranza che il povero paziente presentò durante un anno sì ai rimedii interni, come alle operazioni di galvano-caustica, coll'*ecraseur*, coll'elettrolisi. La tracheotomia venne eseguita in ultimo sette giorni prima della morte.

Un nuovo dilatatore della laringe; del dott. WISTLER. (*Medic. Times and Gazette*, december 1877).

Il dott. Wistler ha inventato un dilatatore, composto di un manico e di un'asta convenientemente ricurva, la quale termina con un'estremità a forma di mandorla, od oliva, nel cui interno sta nascosta una lama. Mediante una leva situata sul manico si fa sporgere questa lama

La lunggezza dell'oliva è di 34 mill., il diametro antero-posteriore di 16 mill. il trasverso di 10 mill.; la medesima può essere diretta in tutti i sensi secondo i bisogni dell'operazione. Questo strumento ha l'inconveniente di coprire i punti su cui si opera, e per conseguenza ha un modo di agire alquanto mal sicuro.

Uno spillo rimasto 33 giorni nel bronco sinistro. Estrazione con successo. Guarigione; del dott. EDWARD. (*The Medical Record*, 1878, Vol. 13, N. 7).

Un ragazzo di sei anni, il 30 ottobre 1877 inghiottì uno spillo; il 3 novembre l'Autore trovò nulla di patologico, tranne una tosse cruposa ed alquanto di febbre. Poco a poco si manifestò una bronchite purulenta; in fine di novembre diminuzione del rumore respiratorio a sinistra, e ottusità leggera all'estremità inferiore del lobo inferiore sinistro; in ultimo si sentiva un rantolo mucoso al principio dell'inspirazione, ed un continuo rumore di soffio durante l'inspirazione e l'espirazione al davanti e sopra al bronchio sinistro.

Nulla apparve all'esame laringoscopico. Al 1.° dicembre essendosi sviluppati i primi sintomi della polmonite, si passò il giorno dopo alla tracheotomia coll'incisione del secondo sino al quarto anello della trachea. Malgrado la profonda anestesia persistette una forte tosse durante tutta l'operazione. Un catetere introdotte alla profondità di quattro pollici urtò tosto sul corpo straniero; questo fu afferrato con pinzette curve, spinto in basso ed al lato sinistro e così reso libero ed estratto. — Lo spillo era lungo 1 3[4 pollice e la testa ha un quarto di pollice di diametro. Il 28 dicembre il ragazzo fu congedato guarito.

Saggi clinici di chirurgia laringoscopica; del dottor ZAWERTHAL. Roma 1877.

L'Autore riferisce alcuni casi che gli occorsero nella sua pratica speciali. In un caso di papilloma della corda vocale inferiore destra egli applicò il metodo di Voltolini delle piccole spugne, e dopo ripetute introduzioni riesci a portare via tutta la neoformazione. In un soggetto, che aveva le tonsille molto ipertrofiche, l'Autore le estirpo mediante l'ansa galvano-caustica.

In un caso di afonia dipendente da ipertrofia delle corde vocali superiori egli ottenne la guarigione mediante la galvanocaustica. Due casi di ipertrofia della tonsilla faringea furono pure da lui curati colla galvano caustica.

New illuminating lamp. (*Nuova lampada d'illuminazione*); di SALT e SOHN. (*Lancet*, 1878, N. 1).

Salt e Sohn eseguirono una nuova lampada per esame, la quale avrebbe il pregio particolare di essere portatile. La medesima è assai piccola e mediante una lente biconvessa sviluppa grande forza luminosa.

Histology of cronic superficial glossitis. (*Istologia della glossite superficiale*); del dott. BUTLING. (*Lancet*, 1878, N. 2).

Henry T. Butling descrive dettagliatamente i caratteri istologici, non ancora dati finora, della *Glossitis superficialis* cronica, vale a dire assottigliamento dell'epidermide, distruzione delle papille, inspessimento ed aumentata vascolarità del corium e del tessuto sottomucoso, questo infiltrato di cellule rotonde. Questi caratteri hanno una grande analogia con quelli della *psoriasis* o *ichtyosis linguae*.

Corpo straniero del ventricolo della laringe; del dott. TOOL di S. Francisco. (*Pacific medical and Surgical Journal*).

Fu presentata all'Autore una ragazza, la quale diceva avere inghiottito uno spillo. Ciò era successo due ore prima in seguito ad un colpo ricevuto nel dorso, mentre essa guardava degli spilli sul palmo della mano. Il dolore, la sensazione di soffocazione e gli accessi di tosse confermavano il racconto. All'esame della laringe e della faringe non si potè constatare la presenza del corpo straniero. Il giorno dopo le retrofauci erano tumefatte e dolorose, polso frequente e irregolare, respirazione frequente, vomiti incoercibili. L'Autore nota avere egli osservato che quando lo specchio laringeo determina vomito, succedono a questo alcuni minuti di calma, in cui la gola del malato presenta una completa insensibilità, e così il chirurgo potrà mettere a profitto questo fatto.

L'Autore trovò l'epiglottide assai gonfia e ricoperta da un essudato di aspetto difterico, che si estendeva sino all'entrata dei ventricoli. Siccome la malata accusava maggior dolore a sinistra, l'operatore diresse la sua attenzione specialmente da questo lato, allontanò una chiazza di essudato dal solco situato al di fuori della ripiegatura ariteno-epiglottica e mise allo scoperto la testa dello spillo, il quale vedevasi alla parte inferiore del ventricolo della laringe; la punta dello spillo stava immediatamente sotto la mucosa in vicinanza della cartilagine di Wrisberg. Lo spillo venne estratto colle pinzette di Mackenzie.

Die Petroloxygengas-Beleuchtung und ihre Verwendung in der Laryngoscopie und Rhinoscopie. (*L'illuminazione col petrolossigeno e sua applicazione nella laringoscopia e rinoscopia*); del dott. WILH. BRÜGELMANN. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde, etc.* 1877, N. 11).

L'Autore ha avuto l'idea di far penetrare nella fiamma di una lampada a petrolio una corrente d'ossigeno, egli ottiene in questo modo una luce bianca ed assai viva.

Il suo apparecchio si compone di un sacco in caoutchouc di 100 a 150 litri, destinato a servire di serbatojo dell'ossigeno, e di un tubo pure in caoutchouc di cui una estremità comunica col sacco, e l'altra penetra a traverso la lampada in vicinanza della fiamma a petrolio. Quest'estremità è munita di una chiave per regolare la quantità del gas. Mediante un peso il gas viene scacciato dal sacco. La corrente di ossigeno non deve essere troppo forte, per non produrre vacillazione

nella fiamma, e la fiamma del petrolio deve essere meno grande che nell'illuminazione ordinaria.

Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago — Insuccesso. Nota Clinica del dott. E. Bottini. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, novembre 1877).

Il sig. L. E., negoziante, di anni 48, robusto, non ricorda aver sofferto malattia degna di nota. Sullo scorcio di febbrajo 1877 venne assalito da dolori lancinanti alla regione sopra-joidea, ove contemporaneamente apparve una piccola tumidezza. Malgrado l'applicazione di epitemi, di rivulsivi, insufflazioni di tannino, il tumore allargavasi sempre più, la voce, dapprima rauca, velavasi al punto di riescire appena percettibile, l'ammalato stentava a deglutire, ed i dolori erano così frequenti da concedergli poche ore di riposo.

In tali condizioni il prof. Bottini vide per la prima volta l'ammalato; al laringoscopio egli osservò: epiglottide spostata a sinistra e pochissimo mobile, la glottide pure volta in questa direzione, ed integralmente alterata da una massa uniforme di aspetto rossigno, che attorniava tutta la glottide; le corde vocali spurie assai deformate e poco mobili; punto visibili le vere.

All'esame esterno presentavasi la laringe ingrossata, siccome espansa in senso trasversale, con una nodosità che estendevasi dal lato destro dirigendosi in alto; la voce sommessa, volta a volta afonica, il respiro libero affatto, nessun rumore nell'ascoltazione.

L'Autore giudicò un neoplasma probabilmente maligno; la stagione essendo poco propizia, si consigliò per il momento l'uso interno del liquore di Fowler, la topica applicazione di solventi, facendo per altro capire la probabilità di dover ricorrere ad un atto operativo.

Il malato si presentò di nuovo il 26 agosto; tutti i sintomi erano aggravati, coll'aggiunta di una disfagia così grave da permettere solo e con istento l'introduzione di sostanze liquide; lo stato generale buono, e gli organi toracici non offrivano indizi di alcuna sofferenza.

L'Autore propose l'estirpazione della laringe, e prima la tracheotomia preparatoria. Il malato accettò la prima, ma non volle saperne della seconda.

Il 29 agosto il prof. Bottini procedette all'operazione, premessa l'anestesia mediante una miscela di cloroformio, alcool ed etere, secondo la formola di Billroth. Egli cominciò con un'incisione a lettera T praticata col suo coltello galvanico, e disseccandoli arrovesciò all'infuori i due lembi, staccò allora dalle loro inserzioni superiori i muscoli *sterno-joidei* e *sterno-tiroidei*, non che i due *omoplata joidei*, e così mise a nudo la laringe. Isolò la laringe dalle parti circostanti col coltello galvanico. Quindi aperta la membrana tirocricoidea, introdusse nella trachea una grossa cannula in gomma indurita.

Avendo trovata la parete anteriore dell'esofago compresa nell'alterazione morbosa, l'operatore decise di sacrificarla; abbracciato perciò

l'esofago in uno colla laringe mediante l'ansa galvano-caustica, li recise. Sollevata allora con uncini e colle pinzette di Museaux la laringe in parte staccata, ne recise la base ancora aderente in alto e posteriormente con un' altra ansa.

L'estirpazione riuscì affatto incruenta; se si vide un poco di sangue fu solo in un istante in cui l'Autore abbandonò la dieresi galvanica per servirsi del catetere. La ferita si medicò col procedimento *aperto*, riempiendo l'enorme breccia con bambagia fenica, dopo avere introdotto nello stomaco una sonda esofagea.

L'operato morì al terzo giorno probabilmente di polmonite. Non si potè ottenere dai parenti l'autopsia. Si trattava di un *epitelioma a cellule pavimentose.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

Mendel — *L'acido lattico come ipnotico.*

Da Silva Lima J. I. — *Ricerche intorno l' albero che produce l'* Araroba *(polvere di Goa).*

Balmanno Squire — *Composizione ed uso della polvere di Goa.*

Thompson J. Ashburton — *Deduzioni da 319 osservazioni circa l'azione della Crisarobin, nuovo purgante emetico.*

Tortora Ignazio — *Sull'impiego dei sali di berberina nel tumore cronico della milza per malaria con febbre e senza.*

Riche e Gubler — *Ricerche sul sottonitrato di bismuto.*

Bouchut E. — *Il sottonitrato di bismuto impuro e che contiene minuzie di piombo è pericoloso?*

Curci Andrea — *L' idrato di cloralio nella cura della dissenteria e confronto storico critico con altri agenti curativi.*

Colton G. Q. — *Il cloroformio e il protossido d'azoto.*

Dujardin-Beaumetz — *Dei fenomeni generali prodotti dalle injezioni sottocutanee di cloroformio.*

Jobst Federico — *Notizie chimiche e terapeutiche sulla cotoina e paracotoina.*

Burkart — *La corteccia di* Coto *ed i suoi principj attivi.*

Quaglino — *Un caso di amaurosi sifilitica con paralisi del 3.°, 4.°, 6.° nervo cerebrale guarito col* decotto del Pollini.

Mendel. **L'acido lattico come ipnotico.** (*The Dublin Journal of med. science*, july, e *Journal de thérapeutique*, 1877. pag. 557).

Dalle sue esperienze il dott. Mendel conclude che l'acido lattico è un ipnotico efficacissimo in molti casi, quantunque talvolta, siccome succede della morfina e del cloralio, non riesca a produrre il sonno. Esso per altro non è indicato quando la veglia sia effetto del dolore, ma invece va suggerito nelle seguenti condizioni:

1.° Quando l'insonnio sorge da stati morbosi di natura astenica, quale quello della convalescenza di malattie gravi. — 2.° Per calmare i pazzi, principalmente nelle forme di pazzia con eccitazione. — 3.° Nei disordini psichici, quando ancora non vi siano indicazioni formali per una cura speciale, e per prender tempo.

Il dott. Jerusalimsky ha riferito su gli effetti ipnotici dell'acido lattico 20 osservazioni cliniche favorevoli e in casi diversi: di rado in quei malati il medicamento falliva; le più volte produceva il sonno dopo mezz'ora od un'ora.

Il dott. Meyer nota il fatto importante, che tenue quantità di lattato di soda aggiunta alla morfina ebbe effetto soporifero manifestissimo in un caso di ostinata veglia isterica.

L'acido lattico ed il lattato di soda sono controindicati ogni volta che siano turbate le funzioni degl'intestini.

Da Silva Lima. J. I, **Recherches sur l'arbre qui produit l'Araroba.** (*Journal de Thérapeutique*, 1878, pag. 362).

L'albero da cui trae l'araroba, o polvere di goa, è delle famiglie delle leguminose, e cresce abbondantemente nelle foreste della provincia di Bahia ne' luoghi bassi ed umidi, ed anche negli elevati purchè non troppo asciutti. È detto *Angelim amargoso*, cioè *amaro* dal sapore del legno, che è come quello della buona corteccia di china. Albero dritto, alto dai 20 ai 30 metri, col diametro perfino di 1 a 2 metri. Non serve che a cavarne la polvere (araroba), la quale, è in maggior quantità negli alberi vecchi, e come concrezione depositata nelle fessure o lacune, che sono nel legno e pel lungo, più strette in alto che in basso. Sui lati di coteste fessure sta la polvere, per estrarre la quale, s'atterra l'albero, si sega il tronco in diversi pezzi, che poi vengono spaccati pel verso della lunghezza. Tale polvere è gialla a guisa dello zolfo, ma un po' più scura e punto lucente; esposta all'aria perde a poco a poco cotesto colore, sicchè appare quando simile al rabarbaro, quando all' aloe polverizzato, e finisce per divenire di colore violetto intenso. Viene essa raschiata dalle predette fessure col tagliente della scure, per modo che trovasi in commercio impurissima, commista cioè a molte particelle di legno, che facilmente con quel raspare si stacca. Coloro che fanno simile operazione, quando vi durino parecchie ore al giorno, soffrono irritazione alla congiuntiva, ed anche oftalmia e erisipela al volto. Da molto tempo l'araroba è adoperata contro diverse specie di erpeti (*herpes circular*, *herpes tropicus*): dicesi che serva pure, gettandola nelle

acque, ad uccidere i pesci. Il prof. Ramiro A. Monteiro, che dava tali notizie al dott. Da Silva Lima, e raccolse con le sue mani dell'araroba, non potè sapere quando florisca l'*angelim amargoso*; sa per altro che il flore è di colore paonazzo e che il frutto è un baccello.

Secondo il dott. Caminhoa, professore di Storia naturale medica alla Facoltà di medicina in Rio de Janeiro, l'*angelim amargoso*, sarebbe, ciò che nega il Ramiro, l'*Andira anthelmintica* di Bentham (« Plantas toxicas do Brasil. » Rio-de-Janeiro 1871), la cui corteccia è drastica, emetica, purgativa e narcotica: i semi pure sono velenosi. (« Journal de Thérap. » 1878, pag. 445).

SQUIRE BALMANN. **Composizione ed uso della polvere di Goa.** (*Med. Times and Gaz.* febbraio 1877. — *Journ. de Thérap.* 1878, pag. 598).

La polvere sopraddetta di Goa (araroba) secondo il dermatologo inglese è composta su 100 parti di

Acido crisofanico	80 a 14
Glucoside, principio amaro, materia gommosa.	7
Materia resinosa	2
» lignea	5,50
« minerale	0,50

Per servirsene non occorre che intriderla con un po' di aceto o di succo di limone, in modo da farne paniccia, che poi si stende con un pennello sulle parti malate per due o tre dì, una volta al giorno. Se ne può fare anche una pomata (polvere di Goa grammi 1,20. Acido acetico 10 goccie. Assungia 30 gr.). L'una o l'altra preparazione non ha azione irritante sulla pelle sì sana, come ammalata; soltanto l'eccita blandamente (mercè, è da credere, all'acido crisofanico e alla materia resinosa), donde poi gli effetti benefici nelle varie affezioni cutanee, quali la *psoriasi*, il *lichene circoscritto*, la *pitiriasi* e l'*eczema* secco. Nondimeno ne' fanciulli bisogna star ben attenti, poichè da poche di tali frizioni s'è veduto seguire eritemi, piccole eresipele oltre ancora il luogo in cui vennero fatte.

THOMPSON. J. ASHBURTON. **Deductions from 319 observations of the action of Chrysarobin a new emetic purge.** (*Brit. med. Journ.* 1877, may 19, pag. 607).

La *Goa powder*, o come la chiama Thompson, *Chrysarobin*, non è soltanto un rimedio per le malattie della pelle, ma anche un emeto-catartico, il quale ha il grande vantaggio di non lasciare prostrazione. Tale azione è dovuta all'acido crisofanico ed insieme alla materia resinosa, la quale è 4-5 volte più potente dell'altro: con troppo piccole dosi non succede catarsi per opera dell'acido crisofanico, ma soltanto emesi. Gli effetti non appajono mai prima di due ore: il sonno li ritarda, e così pure è impedito il vomito se lo stomaco sia molto pieno di cibo. Opera meglio in soluzione, e più ancora se il liquido sia alcalino; ma anche le pillole sono efficaci e comode specialmente per gli adulti, pei fanciulli val meglio servirsi d'un elettuario. Le evacuazioni contengono molta

bile, onde che il Thompson raccomanda il nuovo medicamento specialmente quando occorra correggere le funzioni epatiche e l'evacuazione della bile.

Dosi in polvere pei bambini 6 grani (39 centigr.)
» » per i fanciulli di 12 anni, 10 grani (65 centigr.)
» » per gli adulti, 15 grani (97 centigr. 1[2)
» in soluzione per gli adulti, 10 grani.
» » alcalina, 6 grani.
» in pillole 6, 8, 10 grani (39, 52, 65 centigr.).

TORTORA IGNAZIO. **Sull'impiego dei sali di berberina nel tumore cronico della milza per malaria con febbre e senza.** (*Il Morgagni.* Fascicolo d'agosto 1878).

Pochi anni fa negli *Annali universali di medicina*, 1870, Vol. CCXIII, pag. 620) il dott. Paolo Machiavelli, allora medico capo nell'esercito italiano, pubblicava una memoria per riconfermare con buon numero d'osservazioni l'efficacia dell'idroclorato di berberina nel fare svanire i tumori della milza, massime quando legati ad infezione di malaria; efficacia già sperimentata nel 1868 dal prof. Maggiorani, mentre teneva la Clinica medica nell'Università di Palermo, adoprando l'estratto della *Berberis vulgaris* (*Ragguaglio di un secondo triennio di Clinica medica*, Palermo 1870, pag. 205). Altri con altre osservazioni convalidarono si fatta virtù, ed anche l'ampliarono aggiungendo quella *antipiretica.* Oggi invece il dott. Tortora niega tutte due, e pare che i suoi esperimenti, di cui 3 fatti nella Clinica medica del prof. Cantani, e 4 nell'Ospedale degl'Incurabili di Napoli, abbiano avuto, sebbene adoperasse sali di berberina d'ottima qualità, gli stessi risultamenti de' 14 fatti dal dott. Poletti Direttore dell'Ospitale militare di Cagliari (*Giorn. di medic. militare*, anno 1871 marzo). Ma è bene sentire lo stesso Tortora come spieghi tanta differenza in un argomento, nel quale niuna o lievissima parrebbe dovesse esservi.

« Il Poletti attribuisce il niun vantaggio, forse alla dose troppo piccola (in media 19 grammi) o pure al clima. Riguardo alla dose, si può totalmente eliminare questo dubbio, perchè è una dose sufficiente, e volendo ritenere gli esperimenti del Badaloni e del Petraglia, gli effetti del sale di berberina incominciano a vedersi dopo il 3.° giorno, e tra il 20.° al 25.° giorno la milza ritorna al volume normale. Ora io, negli ultimi esperimenti, ho amministrato la berberina per più di un mese senza alcuno effetto, come si rileva dalle storie cliniche. Per il clima poi pare che questo non potesse avere nessuna influenza, e stimo superfluo dilungarmi in altre parole.

« In tutti i suoi esperimenti il Poletti non ci parla mai di epistassi, nè di splenalgia. Lo stesso succede nella memoria del Machiavelli. Ora gli 11 casi del Machiavelli, i 41 dei suoi colleghi ed i 14 del Poletti in tutto 66 osservazioni sono tali che in essi non viene accennato nè rinorragia, nè splenalgia. Se questo fosse un fatto costante da non man-

care che rarissime volte, come dice il Badaloni, sarebbe possibile che sfuggisse alle indagini di questi osservatori? Molto più che essi sperimentandola per la prima volta dovettero con ogni cura raccoglierne i fatti. Con più scrupolosità poi si deve supporre di essere stati eseguiti gli esperimenti dal Poletti, avendone egli ricevuto speciale incarico dai suoi superiori e quindi avrebbe certamente riferito su questi accidenti; stante pertanto il suo silenzio possiamo credere di non essersi verificato mai, come è successo nei miei esperimenti. Con ciò non dico che non sia possibile aversi la rinorragia; ma chi tiene presente la grande flaccidezza dei vasi negli individui affetti da cachessia palustre, e molto più i vasi rinici, esposti a molti stimoli, non resterà certamente preso da alcuna meraviglia, allorchè in costoro si osserva l'epistassi. Per la splenalgia credo che sia stato una speciale condizione dei casi del Badaloni, non avendola mai osservata nei miei infermi, nè venendo essa riferita da altri osservatori. Secondo le mie vedute non deve fare alcuna meraviglia, se il Machiavelli otteneva quei brillanti risultati i quali vennero confermati anche dagli altri medici suoi colleghi, quando si legge, che questi nello amministrare il sale di berberina, non hanno mai trascurato i preparati di china, il ferro, l'arsenico, ed in ultimo l'aria dei monti e la buona vittitazione. Come io non nego i risultati ottenuti dal Badaloni allorchè leggo che questi ha allontanato la febbre ed ha fatto ridurre, quasi al volume normale, milze enormemente cresciute con un grammo di berberina e mezzo grammo di chinina amministrato per 13 giorni, così non attribuisco i detti risultati all'azione della berberina quando si possono riferire alla chinina dal Badaloni contemporaneamente amministrata. Nè vale il dire che unita alla chinina la berberina spieghi questa azione, una volta che la sola chinina è sufficiente contro la malaria. Ora, se si amministra il rimedio più eccellente, più sicuro sì contro la malaria che per ridurre il volume della milza, perchè l'esito ottenuto, conseguenza necessaria della amministrazione dei chinacei; si vuole attribuire alla berberina? Ciò significa dimenticare l'azione fisiologica e terapica dei sali di chinina.

« Da questi fatti, osservati al letto degli ammalati, pare si possa stabilire, che i sali di berberina, solfato ed idroclorato, non hanno alcuna virtù antimalarica, nè quella di domare le febbri palustri, nè quella di ridurre il tumore di milza, nè producono la voluta epistassi e la splenalgia, ma sono da annoverarsi tra quei tanti rimedj, ai quali si attribuisce una proprietà sanatrice per il solo spirito di novità, e senza un esatto apprezzamento e discernimento dei fatti. Laonde pare che fino a questo momento la chinina non è stata detronizzata dal sublime posto che occupa. »

Riche e Gubler. **Recherches sur les sous-nitrate de bismuth.** (*Journal de Thérapeutique*, 1878, pag. 551).

Il Ritter ed altri aveano da molto tempo additato che piccolissime quantità di piombo trovansi nei sottonitrati di bismuto commerciali: il

Carnot giunse a trovarne fino nella proporzione di 1 per 100. Ciò venne comunicato all'Accademia delle Scienze, e però la Scuola di Farmacia, giustamente si mise in apprensione, e commise al Bonis d'indagare come stessero le cose.

I campioni sottoposti ad esame vennero presi dalle nove fabbriche di settonitrato di bismuto che sono in Parigi, o ne' dintorni, e se ne fecero 34 saggi, seguendo minutamente il metodo di Rose, già adoprato dal Carnot, con il quale il piombo è precipitato allo stato di solfato. I due campioni meno puri hanno dato su 100 grammi un precipitato del peso di 0gr.580, equivalente a 0gr.396 di piombo, se quello fosse formato da solo solfato di piombo puro. Se non che mai tale deposito era così; chè anzi spesso il piombo non v'entrava che in piccolissima parte, e talvolta punto: invece trovavasi sabbia, silice argilla, ossido di ferro, cloruro d'argento, ossido di bismuto, carbonato e specialmente solfato di calce.

Il metodo tenuto nell'analisi di questi sali complessi ha dato buon'occasione d'applicare la corrente elettrica. In breve stando ai suddetti campioni, avuti quando era nota la comunicazione fatta all'Accademia delle scienze, può dirsi che il sottonitrato di bismuto non contenga piombo in quantità tale da riescire nociva, giacchè le più volte non vi si trova che nella proporzione di 1 millesimo, ed una volta ascese a quella di 3,4|1000.

Il prof. Gubler avea già asserito ne' Commentarj al Codice farmaceutico francese (Parigi 1868, pag. 559), che il sottonitrato di bismuto non è che un antiacido ed un assorbente meccanico; mentre non v' ha veruna prova che abbia azione calmante o sedativa sul sistema nervoso dello stomaco e degl'intestini; da ciò pure la necessità di usarlo ad alta dose. Successivamente egli ha studiato quali sostanze gli si potrebbero sostituire in tale ufficio, ed ha veduto che la migliore a ciò è l' ossido di zinco, pur esso ad alta dose, con una porzioncella di bicarbonato di soda. Sì fatta sostituzione ha altresì questo vantaggio che il solfuro di zinco è bianco, onde che non nasconde la melena se vi sia, e neppure può simularla.

Bouchut E. **Il sottonitrato di bismuto impuro e che contiene minuzie di piombo è pericoloso?** (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, pag. 315).

Il dott. Bouchut, che è professore aggregato alla Facoltà di Medicina di Parigi, e medico dell'Ospitale de' Fanciulli, non solo assolve d'ogni danno il sottonitrato di bismuto, che pur contenga da 1 a 9 centim. di ossido di piombo per ogni 10 grammi, ma crede anzi che senza tale impurità quel sale non sarebbe buono a nulla: e però dice apertamente che il sottonitrato di bismuto non giova nella diarrea che in grazia delle *minime quantità di piombo che contiene.* Posto anche che siano esattissime le analisi chimiche, il fatto clinico è lì per assicurarci del temuto pericolo d'avvelenamento. Da 20 anni egli suole prescrivere il

sottonitrato di bismuto alla dose di 3-4 grammi al giorno pe' fanciulli, di 6 ad 8 grammi per gli adulti; nè mai vide seguirne malanni, sintomi di veneficio saturnino. Il Monneret lo dava da 15 a 30 grammi: ned egli, ned altri ebbero a lamentarsene. Contro la diarrea sono pure adoprati i sali di piombo: tale qual'è il sottonitrato di bismuto è eccellente medicamento (*merveilleux médicament*): purificatelo, e non guarirà più. Succederà di esso come della propilamina; la quale sulle prime, finchè rimase impura ed ammoniacale giovava ottimamente contro il reumatismo, quasi tutti gli alcalini, soda e potassa, guarendo certi reumatismi; ma poichè la si volle purificata non guarisce più nessuno, e niuno ne parla. Noi pure potremmo domandare se il decotto del Pollini o del Musitano sarebbe così efficace com' è, se invece del solfuro d'antimonio greggio, e quindi con qualche particella di composto arsenicale, secondo che faceva notare il Serulas, fosse adoperato il solfuro d' antimonio chimicamente puro?

Curci Antonio. **L' idrato di cloralio nella cura della dissenteria e confronto storico critico con altri agenti curativi.** (Forlì 1878. Dal *Raccoglitore medico*. Serie IV, vol. IX, N. 15-16).

Sull'esempio di David Prince l'Autore s'indusse a prescrivere il cloralio nella dissenteria nell'occasione che nell' estate 1877 fu essa quasi epidemica nel paese di Soci presso Bibbiena. I buoni effetti ottenuti lo invogliarono a mettere in confronto il valore dell'idrato di cloralio nella cura di tale morbo, con gli altri medicamenti più raccomandati allo stesso scopo. E passati in rivista gli antiflogisti, i purganti, gli emollienti, i narcotici, gli emetici, gli astringenti, i rivulsivi, ecc., trova che tutti sì fatti rimedj non compiono che questa o quella indicazione, e nessuna ne soddisfa tante quante ne presenta la malattia. Coll'idrato di cloralio non si serve soltanto all' indicazione sintomatica, ma anche alla causale « perchè esso come potente antisettico, antiputrido, antifermentativo, può essere considerato come l' antidoto del veleno dissenterico, ed in ciò supera tutti gli antisettici adoperati. Poi come ipnotico e sedativo fa ottimamente le veci degli oppiacei, degli anestetici e degli stupefacienti a cui anzi è preferibile; come ipercinetico ed emostatico può valere quanto gli antiflogistici e vale più degli astringenti; come antidiarroico e costipante vale nella dissenteria più dell'oppio, del magistero di bismuto, dell'acqua di calce e di molti altri di simile azione; comesostitutivo, detersivo e antiulceroso vale più del nitrato di argento, dei solfati di zinco, di rame, ecc. Esso combatte ad un tempo la causa, il processo e vari sintomi della malattia. »

Il cloralio (premessa la purga ripetuta se occorre, con 30 a 50 centigr. di calomelano) va dato in pozione gommosa o mucillagginosa nella dose di mezzo grammo ad uno pei bambini, di 2 a 4 grammi per gli adulti. Può essere dato anche da mezzo grammo ad un grammo per volta in clistere, se il male non varchi la valvola ileo-cecale, avvertendo di non fare più di 2 a 4 injezioni al giorno; ma per tale via non sempre

è tollerato. Procedendo in questo modo il miglioramento, senz'altri sussidj è pronto, e la guarigione si compie in 3 a 5 giorni ne' casi ordinarj; è bene continuare la cura per qualche altro giorno affine d' *assicurare la guarigione e prevenire le recidive*. Ne' casi gravi le principali indicazioni sono adempiute dal cloralio, ma come sorgano altre *si ricorrerà a tutti quei mezzi adattati alla circostanza*. Conchiude col dire « l'idrato di cloralio è un efficace antidiarroico: come antidiarroico ed antisettico, ecc., può essere proclamato, io credo, il rimedio specifico nella diarrea da ileo-tifo; e in particolare nella dissenteria. »

Auguriamo che nuove e maggiori prove confermino l'efficacia del celebrato ipnotico anche nella dissenteria, nella quale forse varrà per lo stesso modo che vale ad otturare vene varicose; fermi l' osservazione clinica i momenti in cui ne' predetti processi morbosi il cloralio può essere rettamente adoprato come *buon rimedio*, non importa se *specifico*.

Colton G. Q. **Le chloroforme et le protoxyde d'azote.** (*Journal de Thérapeutique*, 1878, p. 536).

Il prof. Gubler nella 2ª edizione de' *Commentarj* al codice farmaceutico francese avea detto che il protossido d' azoto *assopisce prima i nervi del senso, poscia i centri nervosi, per mezzo dell' asfissia*, *piuttosto che per effetto narcotico diretto*. Contro questo giudizio, che metterebbe in diffidenza il commendato anestetico, sorge il Colton riputato dentista americano, facendo notare che il protossido d'azoto è composto degli stessi elementi dell'aria comune, con questa sola differenza che contiene più ossigeno e meno azoto; ora non sarebbe strano che una maggior quantità d'ossigeno debba produrre l'asfissia, che pur irremissibilmente succede, quando nell'aria che si respira più non siavi quello stesso ossigeno, o poco ve ne sia? Il prof. Zeigler di Filadelfia vorrebbe invece fosse per legge comandato a tutti coloro che servonsi del cloroformio di aver sempre del protossido d' azoto preparato per opporsi ai sinistri, che pur sono possibili adoprando il cloroformio medesimo. Ma lasciando da parte il modo con cui agisce il protossido d'azoto nell' indurre l'anestesia, non v'ha dubbio ch'esso è mezzo pienamente sicuro, e perciò di molto superiore al cloroformio, giacchè l'autore se ne giovava in 103,000 soggetti per cavar denti senza dolore e senza il minimo guajo. Negli Stati Uniti sopra un milione di malati, a cui il protossido d'azoto venne amministrato, non contansi che 3 o 4 morti; e queste possono benissimo spiegarsi per altre cause: tutt'altro è invece pel cloroformio, onde che nello Stato di Massachusetts n'è stato proscritto l'uso con legge speciale alcuni anni fa. Nel 1876 i più riputati medici e chirurghi di Nuova York, cui s' aggiunsero quaranta altri de' più valenti degli Stati dell'Unione, dichiararono per iscritto che quando il protossido d' azoto è puro e debitamente amministrato toglie affatto il dolore e senza danni, onde che può tenersi come il *più sicuro degli anestetici*. Le statistiche segnano per l'opposto 1 morto su 2000 anestesie prodotte dal cloroformio.

Con il protossido d'azoto può mantenersi l'insensibilità per 15 o 20 minuti, ed anche oltre l'ora, e i tre quarti d'ora (!). Nelle operazioni che durano poco tempo, quali appunto quelle per estrarre i denti, niun altro anestetico può stargli a petto.

Il Gubler alla nota del dentista americano soggiunge che egli non avea mai inteso dire che il protossido d'azoto agisse esclusivamente per mezzo dell'asfissia, ma soltanto che l'effetto asfittico predominava su l'altro stupefacente e diretto su la cellula nervosa; conchiude che agisca nell'uno o nell'altro modo (e probabilmente agisce per amendue i modi ad un tempo), il protossido d'azoto si mostra anestetico potente e d'*une innocuité relative très-digne de remarque*.

Sarebbe poi importante lo sperimentare se, come afferma il Bert, il protossido d'azoto, quand'anche mescolato a parti eguali d'aria, produca gli stessi effetti del puro, purchè sottoposto alla pressione di due atmosfere. (*Journ. de Thérap.*, 1878, p. 225).

Dujardin Beaumetz. **Des phénoménes généraux produits par les injections sous-cutanées de chloroforme.** (*Bullet. général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, 475).

Le injezioni sottocutanee di cloroformio, raccomandate dal dott. Ernesto Besnier, vennero presto in mala voce a motivo delle escare che ne susseguono: il Dujardin Beaumetz fa per altro osservare che se la injezione sia fatta con molta diligenza tale inconveniente non accade.

Lo stesso Dujardin Beaumetz ha voluto vedere se le injezioni di cloroformio producevano fenomeni generali: nel coniglio e nel cane osservava segni come di prurito o solletico nel naso, aridità in bocca e finalmente sonno, ma sonno non anestetico, perchè pizzicandolo l'animale si sveglia. Injettando più di 2 grammi v'ha alquanta eccitazione; sempre poi scema il calore da 3 a 4 gradi, in coincidenza col diminuire dei moti respiratorj. Dopo 5 o 6 ore l'animale si rimette intieramente.

Nell'uomo con 4 grammi di cloroformio si produce il sonno: il cloroformio s'elimina rapidamente per le vie del respiro, e soltanto oltrepassando 6 grammi, lo si trova nelle orine. Le esperienze sono state fatte in 20 malati; incominciando con 4 grammi si ha il sonno ma non anestesia; il sonno viene tardi, cioè da 2 a 6 ore dopo l'injezione, ma può protrarsi fino due giorni: il malato facilmente si sveglia, ma tosto, se altro non si faccia, si riaddormenta. Non fanno eccezione che gli ubbriaconi e le isteriche; in donna molto nervosa un'injezione di 10 grammi non produsse verun effetto. E il sonno succede per effetto del cloroformio, non come voleva far credere il Gubler, perchè cessava il dolore, giacchè quello pure s'aveva anche quando dolore non eravi. In due partorienti non potè ottenersi l'anestesia ostetrica.

Per ispiegare il sonno l'Autore fa quest' ipotesi: il cloroformio injettato è espulso dalle vie respiratorie; nell'inspirare il paziente riprende una parte del gas restituito dall'atto dell'espirazione, e per tal modo si fa sentire l'azione del cloroformio sull'asse cerebro-spinale: e così il

tardo e lungo sonno si spiega con la lenta eliminazione del cloroformio per le vie suddette. Conchiude col dire che il cloroformio potrà in certi casi essere utile, ma non può esser paragonato alla morfina perchè tardi, incerti e variabili ne sono gli effetti.

Il Dujardin Beaumetz comunicava queste sue idee alla *Società Terapeutica* di Parigi, ma trovò parecchi oppositori, com'era da attendersi, circa il modo con cui volle spiegare l'effetto soporifero del cloroformio injettato.

Jobst Fedebico. **Notizie chimiche e terapeutiche sulla cotoina e paracotoina.** (*Gazz. Med. Lomb.*, 1878, p. 301).

Burkart (Stuttgart). **Coto Rinde und ihre wirksamen Bestandtheile.** (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1877, N. 20, s. 276).

La corteccia che dalla Bolivia venne già in commercio col nome di *China Coto* è scomparsa dal commercio, ed in sua vece ne è venuta un'altra, da cui vennero tratte la *cotoina e paracotoina* ($C^{22} H^{18} O^6$ — $C^{19} H^{12} O^6$), che ora la casa Jobst di Stoccarda ha messo in commercio a prezzo moderato.

La *cotoina* scoperta dal dott. Giulio Jobst nell'anno 1875, rappresenta una polvere fina, rossiccio-gialla, di un odore singolare, provocante lo starnuto e di un gusto molto pizzicante. Nell'acqua difficilmente si scioglie, facilmente nell'alcool, onde non può essere ottenuta cristallizzata che difficilmente. La cotoina si scioglie nell'etere. Riscaldandola con acido nitrico concentrato, dà una soluzione rosso-sanguigna. La sua soluzione alcoolica, aggiungendovi clorito di ferro (sesquicloruro di ferro), dà una tinta violetta-oscura.

La *paracotoina* presentata primamente dal dott. Giulio Jobst nell'anno 1876, è una polvere leggiera, di un colore giallo-chiaro, di una compagine distintamente cristallina, senza particolare odore nè gusto, difficilmente solubile nell'acqua, facilmente cristallizzabile dall'alcool. La paracotoina si solve difficilmente nell' etere. Nel riscaldarla con acido nitrico concentrato, dà dapprima una tinta gialla, indi una verdognola, la quale ultima proviene da traccie appena reperibili di leucotina. Aggiungendovi del sesquicloruro di ferro, la soluzione alcoolica della paracotina rimane invariata.

Nell'applicazione terapeutica si distinguono i preparati del coto per l'effetto eccitante l'azione vitale sulla membrana pituitosa e sui muscoli dell'intestino. Essi perciò si possono applicare in tutte le forme di malattia, che dipendono da rilasciamento dell' intestino — dunque nella maggior parte dei catarri intestinali acuti e cronici. Il preparato più fortemente operante è la cotoina. Quest'ultima, per la difficile sua solubilità, si raccomanda solo in forma di polvere.

L'ordinazione è la seguente :

I. — *Per la cotoina.*

Cotoina	. . . .	0,1
Acqua anisata	. . . .	80,0
Vino di Malaga		
Sciroppo di altea	. . . . .	ana 20

U. D. S. ogni mezz'ora un cucchiajo grande.

ovvero:

Cotoina	. . . .	0,1
Zucchero bianco	. . . . . .	1,0

dividere in parti eguali N. 5, da prendere ogni ora o mezz'ora una polvere.

II. — *Paracotoina.*

Paracotoina	. . . .	0,1
Zucchero bianco	. . . . . .	0,2

dividere in polveri N. 10.

Per ragazzi al di sotto di cinque anni basta la metà della suaccennata dose.

Quaglino Antonio. Un caso di amaurosi sifilitica con paralisi del 3.°, 4.° e 6.° nervo cerebrale guarito col decotto del Pollini. (« Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle », 1878, pag. 215).

Nel fascicolo del luglio p. p. (« Rivista Sifilografica », pag. 57), furono riferite tre storie del dott. Rosmini di morbi oculari gravissimi di natura sifilitica guarite col farmaco del Pollini. Ora ci piace ricordare altro caso di consimile cura, e con effetti veramente portentosi, fatta nella Clinica oftalmojatrica di Pavia diretta dal chiar. prof. Quaglino. A tal fine ci serviamo della lettera che lo stesso professore dirigeva al dott. Soresina, e nella quale è benissimo compendiata la storia del fatto.

« L'ammalato (contadino di 36 anni), che forma soggetto di questa mia osservazione, affetto da neurite ottica doppia, con papille in parte già scolorate e quali si osservano nell'atrofia, aveva anche paralisi del 3.°, del 4.°, del 6.° nervo cerebrale, cefalea atroce ad intervalli, tremiti agli arti, vertigini e vomito, per cui si era fatto diagnosi di *probabili sifilomi alla base del cervello.* Era tanto squallido e deperito di forze quell'infelice da non lasciare quasi speranza non che di poterlo guarire, di potergli prolungare la vita, e si era accettato nella Clinica per l' interesse della diagnosi, che si credeva doversi presto controllare coll'autopsia. Tuttavia, quantunque sembrasse disperato il caso, l' età ancor fresca del paziente e la natura sifilitica a non dubitarne del morbo, mi spinse a tentare ancora l'uso dei mercuriali, sembrandomi che non fossero stati adoperati con abbastanza insistenza e regolarità. Siccome la vita era minacciata specialmente dalla pressione che subiva il cervello, ricorsi all'uso del calomelano e alle frizioni di unguento napoletano sotto le ascelle coll'intendimento di avere una pronta rivulsione sulle

ghiandole salivali e sulle gengive, la quale potesse spostare quel processo di vegetazioni neoplastiche che supponeva dar luogo ai fenomeni di pressione, e di saturare nel tempo stesso l' organismo di mercurio per ricorrere poscia alle acque del Pollini se fossi stato tanto fortunato di arrivare in tempo. Il ptialismo non l'ebbi a sospirare a lungo, perocchè lo ottenni in pochi giorni, forte, dolorosissimo, per cui quasi mi pentiva di averlo provocato. Sarei passato tosto all'uso del decotto, ma, non avendolo in pronto, mi venne in mente di provare il *jaborandi* prima, internamente, e poscia la *pilocarpina* per injezione sottocutanea, allo scopo di liberare presto, se fosse possibile, il paziente dalle molestie che gli procurava l'idrargirosi. Con mia sorpresa questi due agenti operarono mirabilmente, e con incredibile rapidità troncarono il ptialismo e l'ulite, per cui il malato potè ben presto nutrirsi, avendo anche rimesso alquanto di sua intensità la cefalea che tanto lo opprimeva prima. Io credo che il profuso sudore, e la sciallorea abbondantissima che procurò il jaborandi. di saliva scorrevole e fluida, mentre prima era viscida e densa, abbiano contributo moltissimo ad eliminare il mercurio per la via della pelle e delle ghiandole salivali, per cui credo si debba quind'innanzi appellarsi a questo presidio nei casi di idrargirosi; come non trascurerò mai di tentare la *pilocarpina* per uso endermico in tutte le affezioni reumatiche od artritiche, sembrandomi questa il principe dei sudoriferi, e di gran lunga più efficace dei bagni a vapore, e degli altri rimedj interni che si somministrano a tale intento.

« Se non che, rimanendo pressochè stazionarie le paralisi dei muscoli oculari e la cecità, e prevedendo che il male sarebbesi di nuovo esacerbato, perchè il processo delle proliferazioni gommose non erasi che momentaneamente sospeso, ricorsi al decotto del Pollini che mi fu gentilmente somministrato e senza risparmio dall' amministrazione dell'Ospedale. I vantaggi che ottenni dall'uso di questo farmaco furono così segnalati, e dirò anche così discretamente pronti di far maravigliare me, il mio assistente dott. Rampoldi e tutta la scolaresca che sembrava poco inclinata a credere alla virtù dell'empirico rimedio. Scomparvero le paralisi muscolari, cessò del tutto la cefalea, le vertigini, il vomito, e, ciò che è più singolare, in onta *delle apparenti note di atrofia* che presentavano le estremità oculari dei nervi ottici, la vista riguadagnò gradatamente, tanto da permettere al paziente di condursi da solo, di riconoscere le persone, e da vedere sotto ad una luce molto viva le sfere dell'orologio! Non ebbi a pentirmi neppure questa volta di quanto aveva asserito fin dal 1866, intorno a questo rimedio, in una lettera da me diretta al dott. Gasparini, e che fu pubblicata dal dottor Paolo Maspero nel suo *Trattato sulle polveri e le acque antisifilitiche del Pollini*, a pag. 144. »

Ma qual'è la composizione di cotesto celebrato decotto? Generalmente si crede sia fatto col far bollire in parti uguali (mezz' oncia) di

solfuro d'antimonio e di pietra pomice con altrettanto di salsaparilla e di cina dolco, e 10 parti di mallo fresco di noce, messe prima a macerare in 14 libbre d'acqua; il decotto dev' esser ridotto dalla bollitura alla metà e quindi decantato senza filtrarlo. (« Dizionario de' medicamenti. » Modena 1828, II, 16).

Secondo altri invece, non il solfuro d'antimonio e la pietra pomice (che entrerebbero nel decotto antivenereo del Musitano, ma il calomelano e l' allume di rocca, farebbero parte, ciascuno per 3 grammi, del decotto polliniano; il quale avrebbe anche, rispetto alle droghe vegetali, composizione alquanto diversa, e cioè, oltre la salsapariglia nella proporzione di 2 oncie o 56 grammi per 6 libbre o 2 chilogrammi d'acqua,

Radice di aristolochia rotonda		
» saponaria	. . . . . .	ana 28 grammi
Erba fumaria e fiori di malva	. . .	ana 7 »
Foglie di senna orientale	. . . . .	ana 10 »

(« Codice farmaceutico romano teorico-pratico. » Roma 1868, p. 334, N. 1342).

Ma probabilmente nè l'una, nè l'altra di queste composizioni risponde a quella del vero decotto del Pollini, di cui gelosamente serbasi il secreto. Adoprando poi il solfuro d'antimonio dovrebb'essere, non il chimicamente puro, ma il venale, secondo che sopra fu detto (Art. intorno il *Sotto-nitrato di Bismuto*).

(*Continua*).

BIBLIOGRAFIA

Le malattie della vescica e della prostata. Compendio del dott. G. Fiorani. (Chir. primario nello Spedale Maggiore di Lodi. Milano; Tip. Rechiedei, 1877).

Due sono le parti, in relazione al titolo, di questo buon Compendio; se nella prima, in cui vengono passate in rivista le diverse malattie della vescica, non troviamo novità (e veramente era difficile l' aggiungere qualche cosa di nuovo su tale argomento) appare invece nell'altra un distinto criterio d'osservazione. Con dicitura chiara e facile, il dottor Fiorani richiama la nostra attenzione su parecchie idee erronee, che pur si mantengono vive, non tutti potendo disporre o del tempo o dei mezzi di seguire i progressi della scienza.

Con felice intendimento, l'Autore premette allo studio patologico le cognizioni anatomiche e fisiologiche necessarie, e che si allontanano alquanto da quelle volgarmente accettate. Rileviamo anzitutto la questione

del lobo mediano della prostata, per il quale torna a tutto onore del nostro Morgagni l'aver dimostrato già da tempo essere un fatto patologico; poscia l'importante studio sulla disposizione delle fibre muscolari dello stesso organo, per cui credesi autorizzato a risolvere la questione dello sfintere vescicale. Anche il Thompson riconosce che havvi continuità di tessuto tra le fibre circolari della vescica, quelle della prostata e quelle dell'uretra membranosa; per altro egli non sa decidere quale funzione si debba loro attribuire, mentre il nostro Autore colloca addirittura l'attività dello sfintere vescicale nella prostata stessa, dimostrando che così deve essere e non altrimenti. Tuttavia non mancherebbero argomenti in contrario. Quando la prostata non esistesse (come nel sesso femminile), o fosse atrofica, oppure non abbracciasse totalmente l'uretra (caso non ammesso dall'Autore, ma accennato da tutti gli anatomici), dovrebbe necessariamente aversi l'incontinenza: com'è che invece l'incontinenza vera è fatto tanto raro? Mentre non mancano motivi per credere che la prostata sia piuttosto un organo muscolo-ghiandolare addetto all'apparato genitale maschile ed in vero: 1.° essa esiste solamente nell'uomo, e si sviluppa essenzialmente verso la pubertà, allorchè il resto dell'apparato generativo prende incremento; 2.° il suo umore ghiandolare si versa durante l'erezione, sia per lubrificare il canale, sia per diluire lo sperma; e siccome appunto non viene emesso in alcun'altra circostanza, è lecito supporre che la sua eliminazione tenga qualche rapporto con una contrazione delle fibre muscolari prostatiche; 3.° il *verum montanum* erigendosi fa ostacolo alla retrocessione dello sperma in vescica durante l'atto del coito, allo stesso modo che impedisce possa avvenire eliminazione di orina durante l'erezione; 4.° per i rapporti che esistono tra la prostata ed i condotti ejaculatori, i quali vi decorrono per sei linee, non si può a meno di pensare che le sue fibre longitudinali e circolari entrino in azione durante l'ejaculazione. Il Thompson nella sua opera non osa toccare quest'argomento fisiologico, nondimeno si dichiara inclinato a quest'ultima ipotesi, appoggiandosi anche all'autorità dell'Ellis. E se ammettiamo l'idea del prof. G. Corradi, che lo sperma negli ultimi momenti del coito si raccolga nell'ampolla bulbare dell'uretra, proprio al davanti della prostata, ci appare quasi necessario che sotto la spasmodica contrazione dello sfintere uretrale e del muscolo bulbo-cavernoso una più valida potenza si opponga al riflusso dello sperma.

Ad ogni modo ingegnoso è il concetto dell'Autore e l'unico, che nell'incertezza in cui trovansi tutti gli autori circa al modo di spiegare come l'orina sia contenuta in vescica, risponda alle esigenze della fisiologia e della patologia. Solo ci pare giustificato dalle altre considerazioni che questa porzione avanzata dello strato circolare della vescica possa agire indipendentemente dallo stesso: per lo che si direbbe che la prostata abbia probabilmente due ufficj. L'Autore non si è occupato che di quello risguardante il proprio argomento.

Anche nella parte fisiologica merita la maggior attenzione lo studio dedicato alla prostata. Il punto di vista anatomo-fisiologico da cui parte concede all'Autore di stabilire nettamente certe distinzioni, che finora sfuggirono anche a pratici rinomati, e che pure riescono di molto pregio se vuolsi avere un fondato piano di cura. L'articolo che riguarda l'*ipertrofia prostatica*, ossia l'affezione più comune e importante di questo corpo, rivela in esso un abile osservatore. L'accurata esposizione dei mezzi chirurgici destinati ad ovviare a quest'affezione, si direbbe fin troppo diffusa, chè di tanti mezzi la pratica non confermò le risultanze: anche il metodo operativo suggerito dall'Autore, finora tentato appena sul cadavere, non ci lascia sperare alcun passo in avanti. Tanto più perchè, come dice, l'ipertrofia della prostata non è un male d'importanza se non in quanto può disordinare la funzione dell'emissione delle orine; eventualità che oltre all'esser rara (1) è anche facilmente curata da una mano appena educata, come può diventare quella del paziente istesso. Passando finalmente a dire del *cateterismo*, l'Autore ha il merito di una grande chiarezza; per cui egli potrebbe andarne contento se con questo suo lavoro riuscisse a far penetrare nella mente di molti medici idee un po' più esatte intorno a queste importanti malattie dell'età avanzata.

Ora questo basta per raccomandare il libro; il lettore potrà da sè confermarne i pregj. P. Conti.

Sulle paralisi delle corde vocali; per il dott. Francesco Baguzzi. (Brescia 1878).

Richiamiamo l'attenzione del lettore su questa monografia che, sebbene non presenti nulla di nuovo, espone lo stato presente della scienza riguardo all'importantissimo capitolo delle paralisi laringee.

L'Autore, al fine di rendere più facile il comprendere lo studio di tali affezioni, ricorda dapprima brevemente le nozioni più necessarie di anatomo-fisiologia, quindi si addentra nel campo dell'etiologia e patogenia: campo abbastanza difficile e non completamente esplorato. In esso egli si rivela approfondito nella nevro-fisiologia ed a proposito di questo argomento mette in evidenza come lo studio delle paralisi laringee possa tornare di grande utilità non al solo laringoscopista, ma anche ad ogni medico pratico.

Il capitolo dell'anatomia patologica risente dello stato della scienza la quale ancora oggidì in gran parte ci lascia all'oscuro.

Dove invece la scienza, grazie al laringoscopio, ha fatto molti progressi è nella sintomatologia; e l'Autore espone in bell'ordine i criterii

(1) L'ipertrofia della prostata non avviene che oltre i 50-60 anni, nella proporzione del 34 per 0[0]; e per di più non dà disturbi che nel 15 per 0[0] dei casi stessi.

per cui si può fare, con tutta esattezza, la diagnosi delle varie forme di paralisi.

Nel capitolo della cura accenna diligentemente a tutti i mezzi proposti e si diffonde su quelli più reputati ed in uso dai varii laringoscopisti.

Il lavoro, che è corredato di apposite figure esplicative, termina colla descrizione di alcune osservazioni di svariati casi, in parte personali in parte tolte ai diversi trattatisti. Dott. C. Labus.

NECROLOGIA

Prof. CARLO ROKITANSKY.

Un' infausta notizia, accolta da tutti con sommo rammarico, rapidamente si diffuse in Vienna la mattina del 23 dello scorso luglio; il professore Rokitansky è morto!

Sebbene già da 3 anni egli soffrisse di disturbi asmatici, e nello scorso inverno avesse corso grave pericolo di vita, pure a tutti la notizia dell'improvvisa morte giunse inaspettata. Nato il giorno 15 febbrajo 1804, da un commissario distrettuale in Kōniggratz, il Rokitansky percorse nella città natale le scuole inferiori ed il ginnasio; in seguito si volse a studiare medicina dapprima nell'Università di Praga, poi in quella di Vienna, nella quale venne laureato nell'anno 1828.

Accintosi tosto seriamente agli studj d'anatomia patologica, si meritò d'essere eletto assistente del prof. Wagner; e tanto fu l'ardore col quale egli si consacrò alla scienza da lui prediletta, e tanto in essa fin da principio si distinse, che nell'anno 1834 ebbe l' onore d'essere chiamato a sostituire lo stesso prof. Wagner in qualità di professore straordinario d'anatomia patologica. In questo stesso anno il prof. Rokitansky si congiunse in matrimonio con Maria Weis, profonda conoscitrice di lingue moderne e abilissima nel canto, e da essa ebbe poi 4 figli, due dei quali sono oggi stimati professori di medicina, e due celebri cantanti. Durante il lungo periodo di 40 anni in cui il prof. Rokitansky continuò ad insegnare anatomia patologica nell' Università di Vienna, pubblicò il celebre suo *Trattato d'anatomia patologica*, che vide la luce per la prima volta nel 1841; nell'anno 1848 venne nominato Prof. onorario dell'Università di Praga, nel 1863 Relatore medico del Ministero dell'istruzione, nel 1869 presidente dell'Accademia delle scienze di Vienna. Egli era inoltre Membro dell' Accademia delle Scienze di Parigi, della Società medico-chirurgica di Londra, della Società americana di arti e

scienze di Boston, della R. Accademia di Stockolma, presidente della Società antropologica e della Società dei medici di Vienna, Dottore onorario delle Università di Cracovia, di Innsbruck, di Graz, di Budapest, di Klausenburg, di Jena e di Mosca. Nell'anno 1874 in cui si celebrò la festa per il 70.° anniversario della sua nascita, finalmente venne concesso al prof. Rokitansky il ben meritato riposo. Fu in quest'occasione che, oltre altre onorificenze e testimonianze di riverente affetto, dal Governo italiano ebbe le insegne di elevato ordine equestre.

Il nome di Rokitansky è troppo noto ai medici, perchè si abbia a dedicarvi parole di elogio: esso è intimamente collegato colla storia del moderno progresso delle scienze mediche, e senza dubbio rimarrà per sempre celebre a lato di quello del nostro Morgagni. A provare l'attività colla quale il Rokitansky coltivava l'anatomia patologica, a dimostrare su quale ricca messe di fatti egli poggiasse le preziose sue osservazioni basti il dire che egli, già fino dal marzo 1866, aveva eseguito 30,000 autopsie. Principale merito dei suoi studj e delle sue lezioni era quello di essere sempre indirizzati alla pratica; ed a questo riguardo il prof. Rokitansky devesi considerare come il continuatore dell'opera del sommo Morgagni, poichè nelle sue ricerche non dimenticò giammai il vero scopo dell'anatomia patologica, di scoprire cioè nel cadavere le alterazioni per trarne insegnamenti a saperle poi rintracciare e curare nell'infermo. I grandi pregi che il Manuale d' anatomia patologica del Rokitansky possiede vennero già confermati dal favorevole giudizio che di esso ha dato il mondo scientifico; edito parecchie volte, tradotto nelle lingue principali, studiato da tutti, servì di base ai recenti progressi dell'anatomia patologica, della quale non v'ha parte importante che non sia stata arricchita dalle sue osservazioni e non porti l'impronta del suo ingegno.

In generale nei lavori del celebre anatomo-patologo si ammira l'osservazione fedele ed esatta, il giudicare riservato e cauto di chi è da lunga mano abituato a studiare i fenomeni naturali, lo stile ed i nuovi termini ben appropriati. Fra questi lavori si contano, una memoria *Sull'indirizzo e sulla pratica della medicina* letta nell' anno 1858 davanti all'Accademia delle scienze, e nella quale il Rokitansky svolse il proprio programma scientifico; una memoria *Sulla solidarietà di tutte le vite animali* (Vienna 1869); *Uno studio sull'anatomia del capo* (ibid. 1870); moltissime *Osservazioni anatomo-patologiche* inserite nel periodico della Società dei medici.

Affabile, cortese e qualche volta anche faceto, era amato e venerato dagli studenti che fra di loro solevano chiamarlo col nome di *Padre*; prese sempre parte attiva nelle questioni riguardanti il moderno ordinamento dell' istruzione superiore, e dopo molte difficoltà, riuscì ad ottenere che si erigesse vicino all' Ospedale di Vienna un grandioso Istituto anatomo-patologico di cui fu ben felice d' inaugurarne la apertura nell' anno 1862 con applaudito discorso, nel quale faceva caldi

voti per la libertà della scienza e dello scienziato. Eguali principj professò pure nella Camera dei Signori, della quale era membro a vita, e si ricorda un discorso non meno celebre che egli, come membro del partito liberale, fece in favore della libertà di coscienza.

Dott. GIUSEPPE COLOMBO.

VARIETÀ

Associazione medica italiana. — *Disposizioni generali per la esposizione medica da tenersi in Pisa durante i Congressi medici dal 22 al 29 settembre 1878.*

Art. 1. In occasione dell'ottavo Congresso dell' Associazione Medica Italiana avrà luogo in Pisa dal dì 22 settembre al 29 dello stesso mese un'Esposizione medica repartita nelle seguenti sezioni:

a) Strumenti ed apparecchi chirurgici, medici, ortopedici, ecc.

b) Disegni, fotografie, modelli in gesso, cartone, cera rappresentanti preparati d'anatomia normale e patologica.

c) Disegni e piani di ospedali, manicomi, asili, secondo i recenti sistemi.

d) Preparati farmaceutici d' attuale importanza, medicamenti nuovi, acque minerali d'Italia.

e) Libri, opuscoli e periodici pubblicati nell'ultimo biennio.

Art. 2. Una Commissione ordinatrice composta di membri scelti nel seno del Comitato ordinatore del Congresso e della Camera di Commercio ed Arti di Pisa ne avrà la Direzione.

Art. 3. Tutti coloro che vorranno inviare oggetti all'Esposizione potranno farlo dal 1° al 15 settembre rivolgendosi alla Camera di Commercio del rispettivo circondario la quale, se avrà aderito alla proposta fatta a tutte le Camere del Regno da quella Pisana, riceverà ed invierà a proprie spese gli oggetti da esporsi.

In caso diverso tutte le spese di trasporto saranno a carico degli espositori.

Art. 4. Tutti gli oggetti da esporsi inviati, o a spese della Camera di Commercio di ciascun circondario o a spese degli espositori, dovranno essere diretti « Alla Camera di Commercio ed Arti di Pisa. »

Art. 5. Gli strumenti, apparecchi e preparati facili ad alterarsi dovranno essere inviati in adattate custodie a cura degli espositori.

Art. 6. I fabbricanti che esporranno una collezione di strumenti chirurgici dovranno provvedere a loro spese alle vetrine occorrenti alla perfetta conservazione degli oggetti esposti.

Art. 7. Per ogni sezione sarà nominato un Giurì al quale spetterà di

fare rapporto degli oggetti esaminati e proporrà speciali diplomi per i migliori strumenti, apparecchi, disegni e preparati anatomici o farmaceutici esposti.

Art. 8. I nomi dei premiati saranno solennemente proclamati nell'ultima adunanza generale del Congresso.

Art. 9. Le opere, gli opuscoli, e le pubblicazioni periodiche dovranno essere inviate in doppio esemplare.

La Commissione ordinatrice dell' Esposizione.

Dott. cav. *C. Parrini* — Dott. cav. *A Feroci*. — Prof. *G. A. Barbaglia*. — Dott. *A. Ballori*. — Dott. *D Barduzzi*. — Cav. *G. Marconi*, Presidente della Camera di Commercio ed Arti di Pisa. — Dott. *C. Cuturi* e cav. *M. Supino*, consiglieri della Camera di Commercio di Pisa. — Cav. dott. *T. Chiesi*, Segretario della Camera di Commercio di Pisa.

Il daltonismo. — Le persone che confondono i colori, e che vedono rosso ciò che è verde e verde ciò che è rosso, trovansi affette da un vizio organico detto *discromatopsia* e più comunemente *daltonismo*, dal nome di Dalton, fisico inglese, che fu affetto da quella malattia, e fu il primo che la studiasse accuratamente.

Il *daltonismo* si presenta sotto varie forme, ma la più conosciuta si è quella che induce l'ammalato a scambiare un colore per un altro. L'errore è sempre prodotto da due colori detti complementari, che sono quelli che riuniti e visti assieme danno la sensazione luminosa bianca.

Il rosso ed il verde, per esempio, messi assieme generano il bianco. I daltoniani però non vedono rosso, ma verde, e Francesco Arago nelle sue lezioni faceva menzione d'una famiglia i cui componenti tutti vedevano verde quello che era rosso, e che per convincersi che le ciliegie erano mature dovevano gustarle.

Il pianeta Marte ha una bella tinta rossa; saturno invece e bianco; e, quando questi due astri sono in congiunzione, gli astronomi affetti di *daltonismo* vedono saturno circondato di raggi verdastri.

Questo difetto della vista è sì grave in alcune persone, che non riescono più a distinguere nessun colore, e che vedono soltanto delle parti chiare e delle parti oscure.

Un' affezione sì singolare fu per molto tempo considerata una semplice curiosità patologica; ma con l'andare del tempo fu giuocoforza convincersi che essa era molto più diffusa che non lo si credesse, e che poteva produrre gravi inconvenienti in certe professioni, quali sono, per esempio, i meccanici impiegati sulle ferrovie, e gli ufficiali e marinai della flotta.

Il sig. Goubert, che fece speciali studj comparativi sul *daltonismo*, afferma che trovasi un daltoniano sopra ogni 25 persone; il sig. C. Wilson, di Edimburgo, asserisce che trovò un caso di *daltonismo* sopra 12 per-

sone esaminate, ed il dott. Favre dimostrò che di 65 operaj impiegati in un gazometro, 24 sbagliavano nel distinguere i colori. Come si vede, la proporzione era del 35,92 per cento.

A Lione di 268 soldati esaminati con la massima cura, 163 risposero esattamente, 105 s' ingannarono, e fra questi ultimi 35 mostrarono una certa titubanza a rispondere e rettificarono il loro primo giudizio.

La proporzione dei daltoniani in quel caso fu di 39,18 per cento, e di tutti i colori quello che indusse più facilmente in errore si fu quello violetto. In un altro esame al quale vennero assoggettati 138 soldati di fanteria, se ne trovarono 37 affetti di *daltonismo*, cioè il 26,81 per cento.

Da quanto siamo andati dicendo, resulta evidente che il *daltonismo* non è una malattia poco diffusa, ed è agevole il comprendere le gravi e funeste conseguenze che può avere per gl'impiegati ferroviari e per le persone che viaggiano in ferrovia o per mare. Nelle ferrovie i segnali più comuni ed usuali sono il rosso ed il verde; il primo annunzia che lo stradale è libero, e l'altro che vi sono degli ostacoli. Stante lo sbaglio dei colori, un daltoniano potrebbe quindi provocare delle catastrofi spaventevoli. Perciò la Società della ferrovia *Parigi-Lione-Mediterraneo* ha deliberato di fare esaminare tutti coloro che concorrono a' suoi impieghi, e di non accettare quelli che sono affetti di *discromatopsia.*

Sopra 1050 individui che avevano da 18 a 30 anni, e che furono esaminati dal luglio 1878 all'ottobre 1875, il dott. Favre constatò l'esistenza di 48 daltoniani che s' ingannavano riguardo ai colori presentati loro, e che furono il violetto, il verde, il turchino, il giallo ed il rosso. Di quei 48 daltoniani, 29 esitarono a più riprese nel nominare i colori, 8 rettificarono il loro giudizio seduta stante, o nel secondo esame, dopo di avere sbagliato, ed 11 candidati soltanto furono respinti definitivamente.

Devesi però notare che se la proporzione degli affetti di daltonismo fu molto lieve, ciò avvenne perchè i candidati che si sapevano colpiti da quella malattia preferirono di non presentarsi all'esame, ed il signor Favre osserva, con ragione, che dovevansi respingere soltanto i candidati che si fossero ingannati sul colore rosso, senza tener conto degli errori commessi sui colori turchino, violetto o giallo.

Il segnale rosso indica la fermata assoluta, nel mentre che il colore verde ordina soltanto di rallentare la corsa. Gli individui che s' ingannano sul colore rosso sono soltanto nella proporzione di 1 su 75; ma sebbene questa proporzione sia minima, è necessario di esaminare attentamente la vista di tutti coloro che concorrono ad impieghi ferroviari, e ciò è tanto vero che le amministrazioni di alcune ferrovie del Belgio, della Svezia e Norvegia e degli Stati Uniti di America si sono affrettate a seguire l'esempio dato loro dalla Società della ferrovia *Parigi-Lione-Mediterraneo.*

Il sig. dott. Feris, medico della marina militare francese, pubblicava ultimamente nella *Revue maritime et coloniale* un interessante e pregevole lavoro sul *daltonismo*. Egli esaminò 764 marinai, e trovò che 75 di essi, vale a dire il 9,81 per cento, erano affetti di *daltonismo* più o meno grave. Quegli uomini erano stati presi a sorte, cioè 24 ufficiali; 214 uomini appartenenti alla divisione di Lorient; 165 addetti agli ospedali marittimi di Lorient; 72 che facevano parte dell'equipaggio dell'*Eumonide*, 178 di quello dell'*Hamelin*, e 84 di quello del *Bisson*. Totale 764 uomini, dei quali 19 confondevano completamente i colori verde e rosso.

Una sera, nella rada di Whydah, il dott. Feris, vedendo a poca distanza il fanale rosso di un piroscafo inglese, fece chiamare a sè due affetti di *daltonismo*, che non videro che un fanale verde.

Un capitano di fregata, esaminato del dott. Feris, non aveva mai saputo distinguere i colori, sebbene avesse una vista eccellente. Per lui il carminio era grigio; il rosso di saturno cupo, rosso; il rosso di saturno chiaro, verde chiaro; il celeste, violetto; il violetto cupo, turchino.

Un ufficiale di artiglieria di marina confessò di non aver mai saputo distinguere il verde dal rosso; ed affermò che tanto il grigrio quanto il carminio per lui erano lo stesso colore. Il dott. Feris trovò 11 persone che non sapevano distinguere il violetto del turchino.

Il *daltonismo* violetto è frequentissimo, e non è scevro d'inconvenienti per la marina, poichè basta interpretare erroneamente un segnale perchè si abbia a deplorare la collisione di due navi.

Il sig. Robert pubblicò un prospetto degli abbordaggi che reputiamo utile il riprodurlo. Eccolo:

Gli abbordaggi avvenuti per negligenza degli equipaggi o per accidenti ch'era impossibile prevedere od evitare furono 1562; per errore del pilota o del capitano, 215; per inosservanza od inesatta interpretazione delle regole di rotta, 537; per cause indeterminate, 94.

Siccome la maggior parte degli abbordaggi avvengono di notte, non si può non fremere pensando ai 537 sinistri marittimi dovuto ad « inosservanza od inesatta interpretazione delle regole di rotta » ed è logico il supporre che parecchi di quei disastri siano stati dovuti a sbagli dei colori dei fanali.

Il *Journal Officiel* del 21 giugno ci apprende che l'Accademia Reale del Belgio ha fatto pubblicare nel suo *Bollettino* il rapporto di una Commissione scelta nel suo seno, sui quesiti relativi al *daltonismo*, per quanto può interessare le amministrazioni delle strade ferrate.

Al primo quesito: — « Il *daltonismo* è esso inerente alla costituzione di colui che ne è affetto, o può essere contratto accidentalmente? » — il rapporto risponde: « Per quanto ci consta, non vi è che il dott. Favre, medico consulente della Compagnia ferroviaria Parigi-Lione-Mediterraneo che abbia procurato di risolvere quel quesito

con delle osservazioni cliniche. Egli acquistò la convinsione che il daltonismo può succedere ad una malattia grave, a contusioni e piaghe al capo, ed all'abuso del tabacco e delle bevande alcooliche. Egli consiglia pertanto di sottoporre ad un esame periodico tutto il personale del servizio attivo. »

Il secondo quesito era formulato nel seguente modo:

« Eventualmente, quale si è il mezzo pratico ed efficace per constatare se un agente ferroviario è minacciato di perdere la percezione dei colori? »

Ecco la risposta fattavi dal rapporto:

« Siccome il *daltonismo* è spesso debole, accidentale e momentaneo, la Commissione non crede che quel mezzo pratico esista, ma propone invece un mezzo preventivo degli accidenti che resultano dal *daltonismo*. Si tratterebbe di applicare alle locomotive un apparecchio analizzatore rapido che sopprima, anche per quelli che sono eccessivamente daltoniani, la possibilità di confondere il rosso con il verde, e che rinforzi il contrasto dei segnali. Questo apparecchio consisterebbe in due vetri, uno verde e l'altro rosso. Al momento in cui il macchinista avesse il menomo dubbio sub colore di un segnale egli dovrebbe guardarlo a traverso a quei vetri. Veduto a traverso al vetro rosso il segnale di questo colore diverrà più vivace e spiccherà vieppiù sul resto del campo visuale; invece, veduto a traverso al vetro verde il segnale rosso si spegnerà. L'effetto opposto si produrrà sul segnale verde.

« Questo apparecchio, infallibile per i segnali di giorno, è efficace abbastanza per i segnali di notte, ma in quest'ultimo caso è però di un uso assai meno pratico.

« Per i segnali notturni venne proposto di modificarne i colori, ma il sig. Hohngren dimostrò come quella proposta fosse poco applicabile. La Commissione nominata dall'Accademia opina che sarebbe il caso di fare delle ricerche chimiche per ottenere un vetro rosso da applicarsi alle lanterne, che avesse proprietà ottiche diverse da quelle dei vetri che vi si applicano attualmente. Questo nuovo vetro rosso dovrebbe agire presso a poco nello stesso modo che agisce uno strato di *fucsina* interposto fra due lastre di vetro, vale a dire che dovrebbe spegnere soltanto il verde spettrale. La luce che quel vetro trasmetterebbe, rimanendo caratteristica, è più brillante sopratutto per coloro che hanno regolarmente, o che possono avere accidentalmente una certa insensibilità per il colore rosso.

« Finalmente, un provvedimento analogo è forse applicabile alle lanterne verdi, che bisognerebbe fossero munite di vetri che spengano soltanto il colore rosso. »

Da tutte queste notizie, che siamo andati spigolando qua e là, ci pare che resulti evidente essere il *daltonismo* una vera infermità che può provocare molte e gravi disgrazie, e reputiamo di non aver fatto

opera del tutto vana richiamando su di essa l'attenzione dei nostri lettori. (Dalla *Gazzetta Ufficiale del Regno*, 1878, n. 148, p. 2490).

Consumo di spiritosi agli Stati Uniti. — Secondo le statistiche ufficiali, durante l'anno spirato il 30 giugno 1877, i cittadini degli Stati Uniti bevettero 74,482,472 *galloni* di liquori (1). I liquoristi al dettaglio, che pagano 25 dollari al pubblico erario per essere autorizzati a vendere liquori, versarono circa 4 milioni di dollari nelle casse del Tesoro, senza calcolare le tasse di esercizio che pagarono alle autorità locali. Con i dazj e le altre tasse pagate dai negozianti di liquori all' ingrosso, il Tesoro introitò quasi 59,600,000 dollari.

La quantità di alcool consumata, dà una media di oltre un *gallone* e mezzo per ogni abitante degli Stati Uniti, qualunque sia il sesso e l'età ; ma siccome, molti fanciulli d'ambo i sessi, ed anche molte donne, non bevono liquori, la quantità media consumata dai bevitori, è di gran lunga maggiore, lo che induce a concludere che i cittadini degli Stati Uniti, sono i più grandi bevitori del mondo, astrazione fatta dagli Scozzesi. (*Gazz. Uff. del Regno*, 1878, N. 199, pag. 3331).

Queste notizie e le altre che demmo nel precedente fascicolo (Rivista pag. 92), relativamonte all'Inghilterra, giustificano senza dubbio la opportunità del Congresso internazionale tenuto ne' dì passati a Parigi per istudiare *les questions relatives à l'alcoolisme*, e convocato col patrocinio del Governo, dalla *Società francese di Temperanza*. Il vizio dell'ubbriachezza o l'abuso de' liquori spiritosi non potrà essere vinto, ma soltanto frenato con un insieme di mezzi principalmente economici e morali; gli effetti degli alcoolici saranno meno perniciosi quanto più oculati saranno i provvedimenti di medica polizia e maggiore la vigilanza de' preposti alla salute pubblica nell' impedire che si spaccino vini o liquori adulterati con sostanze nocive. Imperocchè, senza spingerci a sostenere che il vino naturale e l'acquavita pura non fanno nessun male, l'alcool etilico essendo affatto innocuo, certo è che l'*alcoolismo* sarà tanto più grave e da temersi se a quei liquori s'aggiungano o peggio si sostituiscano *alcooli artificiali impuri contenenti sostanze tossiche*.

(1) Il gallone equivale a litri 4,543.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

(Da pag. 97 a pag. 137).

Althaus e Traill Green — *Frequenza e mortalità delle malattie nervose.*
Gelpke — *Un caso di ascesso cerebrale.*
Rosenbach e Lange — *Sull'atetosi e l'atassia locale.*
Hanot e Matieu — *Due osservazioni sull'emi-anestesia saturnina.*
Desnos — *Del delirio nel reumatismo muscolare acuto.*
Hammer — *Caso di trombosi di una delle arterie coronarie del cuore diagnosticato in vita.*
Merlo — *Sincope incompleta seguita da morte per compressione esercitata sulle ghiandole mediastiniche posteriori caseificate.*
Anderson — *Cura dell'aneurisma aortico col joduro di potassio.*
Tiffany — *Sifilide polmonare.*
Stern — *Un caso di dilatazione uniforme dell'esofago.*
Dujardin-Beaumetz — *Un caso di sfacelo quasi completo delle pareti del ventricolo prodotto da liquido caustico, con apparente conservazione delle funzioni digerenti per lo spazio di due settimane.*
Gerhard — *Sui rumori vascolari da tumori addominali, specialmente in un caso di cancro del fegato.*
Fabre — *Tisi delle capsule sovra-renali.*
Strümpell — *Osservazioni sull'uremia, ed influenza di questa sulla temperatura del corpo.*
Gatti — *Ossalati di soda nella metrite.*
Nunn — *Uso locale della chinina nella cistite cronica.*
Rohde — *Contributo alla casuistica di ecchinococchi multipli.*
Rees, Pouzet e De Giovanni — *Contributi allo studio della gotta.*
Thaon — *Clinica climatologica delle malattie croniche.*
Nielsen — *Caso di asfissia locale e di gangrena simmetrica.*
Volquardsen — *Eritema da malaria.*

RIVISTA DELLE MALATTIE DELLE PRIME VIE RESPIRATORIE

del dottor MARGARY FEDELE.

(Da pag. 138 a pag. 166).

Loewenberg — *I tumori adenoidi del faringe nasale, loro influenza sull'udito, la respirazione e la fonazione; loro cura.*
Foulis — *Estirpazione della laringe.*
Mordillon — *Un caso d'apparente frattura della laringe.*
Tripe — *Sulla difterite.*

Koch — *Della paralisi dei muscoli dilatatori proprj della glottide. — Considerazioni sulle paralisi laringee in generale.*
Glynn — *Caso di paralisi degli abduttori delle corde vocali.*
Schaeffer — *Contributo alla casuistica dei tumori laringo-tracheali.*
Heymann — *Dall'ambulatorio clinico per la laringoscopia e rinoscopia del prof. Stoerk in Vienna.*
Voltolini — *Pinzette galvano-caustiche, nelle quali le due branche, ciascuna per sè, si accende.*
Krishaber — *Della laringotomia inter-crico-tiroidea.*
Ganghofner — *Dei tumori adenoidi della cavità naso-faringea e della loro cura.*
Keller — *Un caso di linfoma maligno della tonsilla della faringe.*
Bide — *Angioma cavernoso dell'ugola; operazione.*
Krishaber — *Anestesia della laringe prima delle operazioni.*
Margary — *Fibroma angiomatoso inserto sulla corda vocale inferiore destra, operazione colla galvano-caustica, guarigione.*
Krishaber — *Corpi stranieri nella laringe. Estrazione per le vie naturali.*
Koch — *Stringimento laringeo in seguito a febbre tifoidea. Considerazioni sul laringo-tifo.*
Mescede — *Un caso di paralisi bilaterale dei dilatatori della glottide (muscoli crico-aritenoidei post.), con esito di guarigione.*
Krishaber — *Osservazione di rumore respiratorio anormale, guarigione.*
Koch — *Gozzo cistico. — Injezioni jodiche. — Puntura. — Gangrena. — Morte.*
Galland — *Corpo straniero della trachea (pera d'orecchino). Tracheotomia col coltello. — Guarigione.*
Bayer — *Sviluppo ed operazioni di un cancro dell'epiglottide.*
Wistler — *Un nuovo dilatatore della laringe.*
Edward — *Uno spillo rimasto 33 giorni nel bronchio sinistro. Estrazione con successo. Guarigione.*
Zawerthall — *Saggi clinici di chirurgia laringoscopica.*
Salt e Sohn — *Nuova lampada d'illuminazione.*
Butling — *Istologia della glossite superficiale.*
Tool — *Corpo straniero del ventricolo della laringe.*
Brügelmann — *L'illuminazione col petrolossigeno e sua applicazione nella laringoscopia e rinoscopia.*
Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago. — Insuccesso.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

(Da pag. 166 a pag. 178).

Mendel — *L'acido lattico come ipnotico.*
Da Silva Lima J. I. — *Ricerche intorno l'albero che produce l'*Araroba *(polvere di Goa).*
Balmanno Squire — *Composizione ed uso della polvere di Goa.*
Thompson J. Ashburton — *Deduzioni da 319 osservazioni circa l'azione della Crisarobin, nuovo purgante emetico.*

Tortora Ignazio — *Sull'impiego dei sali di berberina nel tumore cronico della milza per malaria con febbre e senza.*
Riche e Gubler — *Ricerche sul sottonitrato di bismuto.*
Bouchut E. — *Il sottonitrato di bismuto impuro e che contiene minuzie di piombo è pericoloso?*
Curci Andrea — *L'idrato di cloralio nella cura della dissenteria e confronto storico critico con altri agenti curativi.*
Colton G. Q. — *Il cloroformio e il protossido d'azoto.*
Dujardin-Beaumetz — *Dei fenomeni generali prodotti dalle injezioni sottocutanee di cloroformio.*
Jobst Federico — *Notizie chimiche e terapeutiche sulla cotoina e paracotoina.*
Burkart — *La corteccia di* Coto *ed i suoi principj attivi.*
Quaglino — *Un caso di amaurosi sifilitica con paralisi del 3.°, 4.°, 6.° nervo cerebrale guarito col* decotto del Pollini.

BIBLIOGRAFIA.

Fiorani — *Le malattie della vescica e della prostata* — pag. 178.
Baguzzi — *Sulle paralisi delle corde vocali* — pag. 180.

NECROLOGIA.

Prof. Carlo Rokitansky — pag. 181.

VARIETÀ.

Associazione medica italiana. — *Disposizioni generali per l'esposizione medica da tenersi in Pisa durante i Congressi medici dal 22 al 29 settembre 1878* — pag. 183.
Il daltonismo — pag. 184.
Consumo di spiritosi agli Stati Uniti — pag. 188.

LA SALUTE OBBLIGATORIA

Egli è un fatto ormai constatato che nove decimi delle malattie provengono da debolezza o da impoverimento di sangue, il quale, se privo del ferro che ne costituisco la forza e la colorazione, diventa vieppiù sieroso ed insufficiente per l'esistenza. Un tale stato determina l'anemia.

È dunque necessario restituire al sangue il ferro che gli è indispensabile quanto l'aria ai polmoni. Oggidì, mercè la preziosa scoperta di cui il sig. m. R. Bravais, chimico distinto, ha dotato la scienza, a tutti è dato di rinvigorirsi col ferro. Esente da acidi, *il ferro dializzato Bravais o ferro liquido in goccie concentrate* è il solo che non annerisca i denti e non produca alcuno degli inconvenienti che si lamentano negli altri preparati ferruginosi. Lo si prende nella dose di 15 a 20 goccie prima di ogni pasto in un po'd'acqua o vino, che non ne ricevono alcun sapore.

Questo eccellente medicamento sta per entrare nelle abitudini popolari, non solo in grazia dei meravigliosi risultati già ben noti, ma ancora per la tenue sua spesa, accessibile alla borsa di chicchessia, costandone la cura soli 15 centesimi il giorno.

Epperciò, non commette egli un vero suicidio quegli il quale, per negligenza o per indifferenza, non si procura una salute robusta con una spesa tanto insensibile? A Lione, a Lille, a Nantes i direttori di molti e grandi stabilimenti manifatturieri fanno prendere il *Ferro Bravais* a tutti i loro operai. E perchè non si obbligherebbe ognuno ad avere cura in tal modo di sè stesso? La salute obbligatoria! Ecco l'ultima parola della filantropia, utile non meno della istruzione obbligatoria! la nutrizione del corpo in un a quella della mente!

Si trova il *Ferro Bravais* in tutte le farmacie, nonchè al deposito principale per l'Italia A. MANZONI e C., Via della Sala, 16, Milano; ed al deposito generale in Parigi, N. 14 rue Lafayette. Si spedisce franco, dietro richiesta, un curiosissimo opuscolo sopra l'anemia e la sua cura.

Per evitare le numerose contraffazioni, assicurarsi della marca di fabbrica che vedesi riprodotta alla quarta pagina di questo giornale, colla lista dei depositari di provincia.

RIVISTA D'ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA

del dott. GIUSEPPE COLOMBO.

Beumer — *Della mancanza dei reni.*
Taruffi — *Della microsomia.*
Ebert — *Dell'iperplasia del tessuto muscolare nel parenchima polmonare.*
Morelli — *Casi patologici attinenti alla controversa esistenza dei centri motori della sostanza corticale del cervello.*
Foà e Salvioli — *Sulla patologia del fegato: ricerche anatomiche e sperimentali.*
Friedlaender — *Vegetazione epiteliale e cancro.*
Cohnheim e Maas — *Aggiunta alla teoria della metastasi dei tumori.*
Chiari — *Caso di tubercolosi del nervo ottico destro.*
Chiari — *Della tubercolosi della ghiandola tiroidea.*
Breus — *Della tubercolosi acuta dell'utero.*
Ruppert — *Ricerche sperimentali sulle inalazioni della polvere di carbone.*
Ins — *Osservazioni sul modo di comportarsi della polvere inalata nei polmoni.*
Chiari — *Di un caso di abbondante morbosa deposizione di calce nei polmoni e nei reni.*
Morselli — *Intorno ad un caso d'anemia progressiva con anchilostoma duodenale.*
Parona e Grassi — *Annotazioni sullo sviluppo dell'anchilostoma duodenale.*
Perroncito — *Sulla rapidità di sviluppo della tenia mediocanellata nell'uomo, e nuove prove sulla tenacità di vita del cisticerco della stessa tenia*

Ueber Nierendefecte. (*Della mancanza dei reni*); del dottor Otto Beumer. (*Virchow's Archiv.* Bd. 72, pag. 344).

L'Autore espone un caso di mancanza del rene sinistro riscontrata in un uomo d'anni 31, morto per le conseguenze della lacerazione della cartilagine intervertebrale fra la 6ª e 7ª vertebra cervicale con isloga-, mento delle vertebre stesse, avvenuta nel cadere da un albero. Il rene destro era ingrossato e la capsula soprarenale corrispondente sottile, di

forma appiattita; al lato sinistro il rene, l'uretere ed i vasi renali mancavano completamente; la capsula soprarenale era normale: colla mancanza completa dell'arteria renale, v'era anche un arresto di sviluppo di tutta l' aorta, nel mentre il cuore e l'organismo intiero erano ben conformati e sviluppati. La vescica urinaria mancava dal lato sinistro del trigono e dello sbocco dell'uretere sinistro; la vescichetta spermatica destra era un poco ingrossata, la sinistra meno sviluppata del solito; ambedue contenevano sperma; vicino ai testicoli i vasi deferenti erano egualmente sviluppati, ma in prossimità alle corrispondenti vescichette il destro appariva più grosso del sinistro; il parenchima dei testicoli era normale.

L'Autore coglie favorevole occasione da questo caso di mancanza congenita del rene sinistro per indagare in qual modo sia avvenuto lo ingrossamento del rene destro, se cioè per semplice ipertrofia o per iperplasia, o per la combinazione d'ambedue questi processi, e ciò anche allo scopo di argomentare in qual modo in generale avvenga l'ingrossamento di un rene di seguito alla mancata funzione del compagno.

A tale questione sperimentalmente aveva dapprima risposto Rosenstein, provando che nell' ipertrofia compensativa del rene d'un lato per mancanza acquisita di quello del lato opposto, non si aveva nessun ingrossamento dei glomeruli e dei canalicoli contorti, ma solo un aumento di peso dell' organo, in piccola parte riferibile ad ingrossamento dei singoli elementi, degli epitelj e del tessuto interstiziale, ed in gran parte dovuto a maggior quantità di sangue, di linfa e di parti costituenti dell'urina.

Perl dall'esame di nove casi di ingrossamento unilaterale di un rene per idronefrosi del compagno aveva conchiuso che in tali casi si trattava di una vera ipertrofia, la quale colpiva in diverso grado gli elementi morfologici dell'organo, in modo che aumentavano di volume principalmente i canalicoli contorti ed il loro epitelio, in grado minore ne erano colpiti i canalicoli retti, e nulla affatto i glomeruli di Malpighi. Come ben si vede, per riguardo al contegno dei canalicoli contorti, questi osservatori sono giunti ad opposto risultato. Dopo di essi Gudden dichiarò che l'ingrossamento dei reni ipertrofici è dovuto non ad aumento numerico, ma ad ingrossamento delle parti che lo compongono: che i gomitoli vascolari sono ingrossati, e che l' esame e la misura dei canalicoli uriniferi, per le variazioni che essi presentano, non può condurre ad un risultato positivo. A risolvere la questione pertanto Beumer stimò più conveniente l'esame dell'unico rene destro ingrossato per la congenita mancanza del compagno: instituì quindi una serie di misure micrometriche sui glomeruli, sui canalicoli contorti e retti, e da esse conchiuse che nell' ingrossamento normale del rene i singoli elementi morfologici di esso aumentano di diametro secondo il tipo della ipertrofia, e che inoltre sembra assai probabile che avvenga una neoformazione del tessuto ghiandolare e dei vasi che compongono l'organo.

L'Autore per ultimo espose una serie di 48 casi di mancanza del rene da un lato occorsi negli ultimi 25 anni, e pubblicati da diversi autori. Da questi 48 casi si deducono i seguenti dati statistici.

1° La mancanza d'un rene era completa 44 volte: negli altri 4 casi con un rene bene sviluppato da un lato se ne aveva uno rudimentale dal lato opposto: in due di questi quattro casi si potè accertare che la mancanza di sviluppo era congenita.

2° La mancanza del rene nei casi raccolti si sarebbe avverata con pari frequenza a destra che a sinistra: invero nei 43 casi nei quali soltanto venne indicato il lato in cui il rene era mancante, si ebbe la mancanza 21 volte a destra e 22 volte a sinistra.

3° Egualmente nei casi citati si trovò la mancanza del rene 25 volte in individui di sesso maschile e 13 volte in individui di sesso femminile; e precisamente negli individui maschi mancava 16 volte a sinistra e 9 volte a destra, nel mentre negli individui di sesso femminile mancava solo 4 volte a sinistra ed invece 9 volte a destra.

4° In molti casi non è indicato il modo di comportarsi dei vasi renali dal lato del rene mancante; la maggior parte degli osservatori però ne ha notato la mancanza completa.

5° Anche dell'uretere del lato del rene mancante in parecchi casi non è fatto cenno; nel maggior numero dei casi mancava esso pure completamente; in tre casi se ne rinvenne la parte inferiore, ed in un solo caso di questa statistica il rene esistente aveva due ureteri.

6° Nel più dei casi di mancanza del rene da un lato si riscontrò normale la capsula soprarenale corrispondente; solo due volte essa apparve ingrossata. Cinque osservazioni di assoluta mancanza della capsula soprarenale del lato del rene mancante, in individui del resto ben conformati, parlano contro l'opinione di Förster, che cioè, allorquando manca un rene, la capsula soprarenale corrispondente sia sempre reperibile, se non coesistono più importanti difetti di sviluppo d'altre parti.

7° Colla mancanza del rene si trovano spesso arresti di sviluppo da parte degli organi genitali del medesimo lato, e ciò venne indicato nella proporzione di 5 volte nell'uomo, e di 8 volte nella donna, ossia in complesso in un quarto dei casi.

Negl'individui di sesso maschile più spesso l'alterazione degli organi genitali consisteva nel deficiente sviluppo della vescichetta spermatica del lato del rene mancante, nel mentre quella del lato opposto era più sviluppata, l'arresto di sviluppo del condotto deferente era proporzionato a quello delle vescichette. Negl'individui di sesso femminile gli arresti di sviluppo degli organi genitali apparvero più frequenti e più evidenti, e dal lato del rene mancante era pure deficiente ora l'utero, ora l'ovario, la vagina, oppure queste parti erano assai incompletamente formate.

8° L'unico rene esistente in 26 casi venne indicato come sano, più grosso e più pesante del consueto, con vasi e condotti urinarii relativa-

mente sviluppati; in 22 casi era in istato morboso riuscendo più spesso per sè solo, causa di morte. L'affezione renale più frequente era l'infiammazione cronica; si osservò anche che la malattia dell'unico rene esistente da un sol lato può solo venir sopportata per breve tempo, determinando presto le dannose conseguenze dell'interrotta secrezione urinaria.

9° Di frequente si trovano concrezioni e calcoli nei bacinetti, nei calici e nell'uretere dell'unico rene esistente, e costituiscono un grave pericolo per il paziente, perchè determinano spesso la chiusura dell'uretere e la morte per colica renale e per ritenzione d'urina.

A quelli che l'Autore ha raccolti, il relatore aggiunge tre casi di mancanza del rene e della corrispondente vescicola spermatica osservati in cadaveri di individui maschi, e pubblicati l'anno scorso dal prof. Sangalli, e due casi analoghi di mancanza del rene sinistro e della corrispondente vescicola spermatica in adulti, trovati nel corrente anno nell'Istituto anatomo-patologico di Vienna e che saranno presto pubblicati dall'assistente dott. Chiari. Inoltre Greenfield (1) pubblicò un caso assai importante di mancanza d'un rene, dell'uretere, della vescichetta spermatica e del testicolo dal medesimo lato, notato in un uomo di 59 anni, morto per le conseguenze d'una stenosi uretrale con fistole urinarie.

Della Microsomia; del prof. CESARE TARUFFI. (*Rivista Clinica di Bologna*, N. 2, 1878).

Allo scopo di meglio rischiarare il significato dell'accennata alterazione l'Autore ha raccolto le sparse notizie che di essa si avevano, ed ha corredato la sua memoria con quattro casi di nanismo da lui stesso osservati. La memoria è divisa in 3 capitoli; il primo di essi comprende appunto le dette osservazioni instituite su due nani di Rovigo, su d'uno scheletro del museo e su d'un servo della città di Bologna. Nel 2° capitolo l'Autore tratta della microsomia sporadica, e dopo aver ricordato la necessità di accettare con riserva le notizie che si hanno di nani celebri dell'antichità, che brevemente enumera, giustamente fa osservare che, nel giudicare dell'alterazione in discorso il difficile si ha nei gradi minimi di essa. Stabilisce perciò il termine massimo della statura del microsoma, che, da quanto risulta dalle relazioni di leva militare, per gli italiani si avrebbe a metri 1,25, cifra questa che naturalmente deve variare secondo le diverse nazioni.

L'Autore divide in due gruppi i caratteri fisici del microsoma: nel primo nota:

a) Il volume maggiore della testa relativamente alla statura e solo per eccezione o eguale o superiore alla media normale, sproporzione che si verifica in grado minore anche per riguardo alla lunghezza della faccia.

b) La brevità degli arti inferiori relativamente all'altezza del corpo.

(1) « Transactions of the pathol. Society. XXVIII. »

c) La maggiore lunghezza del radio e della tibia in confronto della misura dell'omero e del femore.

Nel 2.° gruppo comprenderebbe tutti quei caratteri particolari che emergerebbero dalla mancanza d'ogni regola nel rallentamento di sviluppo, come le varietà di forma del cranio e della faccia, la proporzione maggiore o minore del tronco e delle braccia rispetto alla statura. I microsomi esenti da particolari lesioni cerebrali, sotto il punto di vista dell'intelligenza non si distinguerebbero dagli altri individui.

Per riguardo all'etiologia ed alla patogenesi dell'alterazione enumera anzitutto la rachite e la cattiva alimentazione, in quanto che questa o è causa remota di rachite o complicazione di essa. La legge enunciata da Dareste, che una temperatura più elevata nei primordj di sviluppo dell'uovo valga a produrre una prevalenza nell' embrione degli atti di sviluppo sopra quelli di accrescimento, potrebbe venir confermata qualora si potesse realmente confermare, e quando si riuscisse a determinare che l'abnorme piccolezza da essa cagionata è permanente, e non compensata da un maggior sviluppo successivo.

L' opinione che le deformità del cervello portino un rallentamento nell'accrescimento, merita d'essere presa in considerazione. Non solo si ammette l' eredità della microsomia, ma anzi parrebbe che a trasmetterla l'azione del padre sia assai prevalente. I casi di microsomia nei quali si può ravvisare l' eredità, verrebbero spiegati o ammettendo che le cause di essa siano state accidentali, o siano insorte nella vita autonoma del bambino. L' Autore osserva che sebbene i nani manchino spesso di istinti sessuali, e che sebbene qualche esperimento tenda a dimostrare la loro sterilità, pure questa non si può ammettere in modo assoluto; maggiori prove della loro fecondità si avrebbero allorquando si accoppiano con un individuo d'alta statura. Non pare che i microsomi siano più piccoli già dalla nascita: sembra piuttosto che sia dopo di questa che più spesso sopravviene la causa del rallentamento dello sviluppo.

Nel capitolo 3° trattando della microsomia endemica l'Autore ricorda l'appoggio che oggidì va acquistando l'opinione degli antropologisti nell'ammettere un'unica razza di nani detta *nigrita* frapposta agli altri popoli.

Ueber Hyperplasie der Muskeln des Lungenparenchyms. (*Dell' iperplasia di tessuto muscolare nel parenchima polmonare*); del dott. P. C. J. Ebert. (*Virchow's Archiv*, 1878, Bd. 1872, pag. 46).

Con questa nota l'Autore fa conoscere i risultati ai quali giunse studiando l'iperplasia delle fibre muscolari liscie di seguito ad infiammazione cronica del parenchima polmonare, e ciò allo scopo di decidere la questione della presenza e della disposizione delle fibre stesse nelle pareti normali degli alveoli. L'Autore fece esami comparativi di polmoni affetti da indurimento bruno nell'uomo ed in varii mammiferi domestici (gatto, porco, pecora): e fu appunto in questi ultimi e particolarmente

nel gatto, che trovò i gradi più elevati di iperplasia muscolare. Nel gatto si aveva una pneumonite lobulare che si presentava sotto forma di nodi simili a neoformazioni tubercolari o sarcomatose, e che era prodotta dalla presenza di uova e di giovani individui di nematodi, che si trovano sempre in gran numero negli alveoli. Descritte le minute alterazioni che in questi determina la presenza dei nematodi, l'Autore potè osservare che la persistente irritazione determinata dalla presenza dei parassiti conduceva ad un inspessimento delle pareti di divisione degli alveoli, perchè in esse succedeva la formazione di cellule rotonde e fusate ricche di protoplasma, nel mentre qualche volta anche all'intorno dei vasi e dei bronchi si notava una vegetazione di piccole cellule linfoidi; così si aveva un inspessimento del parenchima. L'epitelio che negli alveoli erasi prodotto in grande copia per la presenza dei nematodi, andava incontro o alla caseificazione oppure in altri punti veniva eliminato permettendo così che l'alveolo ritornasse pervio all'aria. Ora, in queste parti del polmone ridiventate pervie e nelle quali il tessuto interstiziale è inspessito, appare che i muscoli lisci hanno preso gran parte nel processo di vegetazione interstiziale. Così mediante piccoli ingrandimenti si osserva che l'indurimento bruno del tessuto è prodotto da una rete di fasci di muscoli, formata da fasci longitudinali che con maglie irregolari circondano gli alveoli e che si incontrano nei nodi formati dalle tramezze alveolari. Spesso questi fasci di fibre muscolari appajono varicosi per ingrossamenti sferici e fusiformi, i quali pure sono formati da sostanza muscolare. Con sottili sezioni si può avere una giusta idea dell'estensione e del volume dei fasci di fibre muscolari, poichè spesso si vede che su di una grande superficie la neoformazione muscolare costituisce la quarta parte di tutto il parenchima polmonare indurito. Dal fatto che le fibre muscolari liscie decorrono tutte longitudinalmente, dal costituire esse dei fasci compatti solo in rari casi percorsi nel centro da un esile vaso capillare, si ha ragione di credere che le fibre stesse non provengono da una vegetazione di muscoli vasali. Per formarsi una giusta idea della disposizione dei muscoli neoformati conviene fare sottili sezioni parallele alle superfici pleuriche, in parti poco indurite di polmone; allora si vedono gli alveoli alquanto alterati nella forma e ridotti a fessure, nel mentre nel tessuto che separa l'imboccatura di un alveolo dall'altro appajono fasci muscolari cilindrici colpiti di traverso col taglio, contenenti fino 50 fibro-cellule, le quali devono essere quindi disposte circolarmente alle imboccature stesse degli alveoli; nelle pareti alveolari si incontrano frequenti e grossolani fasci muscolari, ma in quantità minore che alle imboccature degli alveoli.

Le fibre disposte attorno a queste imboccature non istanno isolate, ma formano una rete nella quale solo le fibre più superficiali costituiscono veri muscoli circolari.

L'iperplasia muscolare che l'Autore ha notato nell'infiammazione polmonare verminosa di molti altri animali mammiferi domestici (por-

co, pecora) nella pneumonite cronica dell'uomo, del cane, di giovenche, nell'indurimento bruno, nella siderosi polmonare, non era in grado così elevato come nel gatto, e l'Autore spiega questo fatto ammettendo una speciale proprietà del tessuto polmonare del gatto, ed una maggiore irritazione.

Casi patologici attinenti alla controversa esistenza dei centri motori della sostanza corticale del cervello; del prof. Morelli Carlo. (*Lo Sperimentale*, fasc. 6°, 1878, pag. 572).

L'importanza dello studio delle localizzazioni delle funzioni cerebrali, il bisogno oggi vivamente sentito di mettere in accordo i dati ottenuti dall'esperimento su cervelli di animali con quelli forniti dall'osservazione delle alterazioni anatomo-patologiche nell'uomo, rendono assai pregevole questo lavoro. L'Autore infatti si propone di contribuire colle sue osservazioni a decidere la questione della controversa esistenza dei centri motori, che, in base ad esperimenti, verrebbero da alcuni ammessi in determinate regioni della sostanza corticale del cervello. Cita pertanto cinque osservazioni, delle quali le prime tre sono corredate dal reperto necroscopico: una di queste e le ultime due, nelle quali si ebbe insperata guarigione, riguardano ferimenti al capo illustrati colle cognizioni anatomo-topografiche cranio-encefaliche.

Nell'osservazione 1ª si tratta d'una ragazza scrofolosa di 13 anni la quale, qualche tempo dopo lo spavento avuto alla vista d'un incendio, fu presa da paresi muscolare nell'arto superiore destro, da convellimenti alternati fra i flessori e gli estensori dello stesso arto, i quali si estesero anche al corrispondente arto inferiore per assumere dapprima i caratteri di una epilessia parziale, e successivamente quelli di una vera epilessia accompagnata da perdita dell'intelligenza. L'alterazione venne clinicamente localizzata nell'area motrice esistente alla superficie cerebrale del lato opposto a quello dell'arto dapprima leso; e ponderando lo stato generale della paziente, si potè anche precisare la natura dell'alterazione ritenendola cioè caseoso-tubercolare, poichè lesioni siffatte si avevano anche nelle ghiandole linfatiche, nei polmoni e nell'apparato entero-peritoneale. L'autopsia confermò la diagnosi clinica; invero oltre la tubercolosi cronica dei polmoni, delle ghiandole peribronchiali, del peritoneo, della mucosa intestinale e dell'utero, si trovò un nodo caseoso nella sostanza midollare dell'emisfero sinistro del cervello ed occupante precisamente il mezzo della circonvoluzione parietale ascendente ed un poco anche il solco di Rolando. Tale nodo, del diametro di 3 centimetri, foggiato a cono colla base alla periferia del cervello e l'apice smusso distante pochi millimetri dal nucleo grigio estra-ventricolare, era di colore bianco-giallo, duro, liscio, avvolto alla periferia da un sottile strato grigio-rosso semi-trasparente e circondato da sostanza nervosa rammollita, di colore bianco-latteo.

Questo caso confermerebbe l'opinione di Charcot che il centro motore dell'arto superiore risieda nella parte media della circonvolusione

parietale ascendente del lato opposto, nella parte superiore della quale si avrebbe anche il centro motore dell' arto inferiore, e nell' inferiore quello dei muscoli della faccia. Nella paziente infatti, essendo precisamente lesa la parte media della circonvoluzione parietale ascendente sinistra, prevalsero sempre, tanto per la forma paralitica come per la disordinata motilità i fenomeni morbosi nell' arto superiore destro; tali fenomeni nell'arto inferiore omonimo si diffondevano nel massimo dei parossismi, e nei muscoli della faccia mancavano completamente.

Nell'osservazione 2ª è riferito il caso di una donna d'anni 29, la quale venne dapprima colpita da moti convulsivi isolati dai muscoli flessori del braccio e della gamba del lato destro, di poi da vera epilessia, e di seguito ad un forte accesso, da completa emiplegia destra. All'autopsia si trovò causa di siffatta affezione la pachimeningite e l'encefalite della parte anteriore dell'emisfero sinistro del cervello, estese precisamente dalla porzione orbitaria del lobo frontale alla circonvoluzione frontale superiore, e dalla grande scissura interemisferica alla circonvoluzione temporale superiore, con rammollimento anche del corpo striato e del talamo ottico. Un siffatto reperto, oltre dare spiegazione dei fenomeni presentati in vita dalla paziente, pare confermi i risultati delle esperienze del dott. Albertoni nell'ammettere una zona epilettogena.

Le ultime tre osservazioni riguardano casi di ferite penetranti nel cranio e propriamente nella osservazione terza si accenna ad un caso di ferita del cranio in corrispondenza del parietale sinistro, penetrante profondamente nel cervello, e che cagionò prestamente la morte ad un uomo d'anni 36. All'autopsia si riscontrò la frattura di piccola parte della porzione posteriore del parietale sinistro, e di una parte maggiore dell'occipitale che vi corrispondeva; la ferita aveva profondamente interessato il lobo posteriore dell'emisfero sinistro del cervello per circa 3 1/2 centimetri.

L'osservazione quarta rende conto di un caso di ferita lacero-contusa in corrispondenza della gobba parietale sinistra riportata da un facchino d'anni 40, e per la quale si ebbe frattura e depressione delle ossa, fuoruscita di due pezzetti di sostanza cerebrale, perdita temporanea della memoria, ed assoluta mancanca di paralisi. La lesione aveva sede in un punto affatto all'infuori della zona motrice del cervello, e l'individuo mediante cura antiflogistica guarì completamente.

Nell'osservazione quinta, si cita il caso d'una ferita d'accetta in corrispondenza della gobba parietale destra diretta verso il bordo superiore dell'osso temporale in un contadino d'anni 25, di seguito alla quale avvenne fuoruscita d'una porzione di sostanza cerebrale in modo da costituire un tumore di figura losangica lungo cent. 12, largo cent. 3 1/2 ed alto da 2-3 cent., il quale si distaccò in parte por gangrena ed in parte per parziali escisioni praticatevi dallo stesso paziente, e nondimeno permise che la guarigione della ferita avvenisse per una membrana di nuova formazione.

In questi tre ultimi casi le ferite andarono a ledere parti del cranio sotto le quali non esiste la zona motrice corticale del cervello, e perciò di seguito ad esse non si osservò traccia di paralisi. Da questi e dai casi precedenti adunque si è condotti a ritenere che nella corteccia del cervello esistano spazj determinati nei quali hanno sede dei centri del movimento, perchè alterazioni morbose risiedenti nelle dette parti inducono fenomeni di alterata o deficiente motilità delle membra del lato opposto, nel mentre altre lesioni anche più estese e più profonde delle prime, ma da esse distanti soli alcuni millimetri, non portano alcun disturbo funzionale. Perciò le alterazioni della sostanza cerebrale delle circonvoluzioni frontale e parietale ascendente d'uno degli emisferi diedero luogo a sconcerti nel movimento delle membra del lato opposto. L'Autore però non si crede autorizzato dalle proprie osservazioni a decidere se nelle parti dalle quali derivano tali fenomeni cinesodici esistano veri e speciali centri generatori della forza motrice che si diffonde per le membra e che determina le varie maniere dei loro movimenti, o piuttosto se esistano dei centri destinati solamente a ricevere ed a riflettere l'impressione che gli stimoli esterni determinarono sopra le parti lontane del sistema nervoso stesso.

Sulla patologia del fegato, ricerche anatomiche e sperimentali; del prof. Foà e G. Salvioli. (*Archivio per le scienze mediche*, 1877, vol. 2°, 1878, vol. 2°).

Gli autori in questo lavoro riassumono i risultati ai quali essi giunsero col ripetere le esperienze che Charcot e Gombault avevano instistituite sulle cavie, allo scopo di studiare le alterazioni che determina nel fegato la legatura del condotto coledoco. Charcot e Gombault avevano osservato che nelle cavie di seguito alla legatura dell'accennato condotto insorge un'epatite interstiziale, manifestata da una ricca neoproduzione di tessuto connettivo fra i singoli lobuli epatici, da straordinaria proliferazione dell'epitelio dei canalicoli biliari con neoformazione dei medesimi, dilatazione degli spazj linfatici pericellulari, scomparsa di alcune cellule epatiche per atrofia e degenerazione da essi detta vitrosa, e per ultimo produzione di piccoli ascessi nello spessore di alcuni lobuli. Trovarono ancora che l'epatite interstiziale non è prodotta dell' infiammazione destatasi nel luogo della legatura e propagatasi lungo la glissoniana nel fegato, ma bensì dall'irritazione che sui canalicoli biliari e sul tessuto ad essi circostante determina la bile stagnante ed anche decomposta, come indicavano i vibrioni ed i bacteri in essa esistenti.

Col ripetere queste esperienze su diversi animali gli Autori in questo lavoro dichiarano che essi poterono convincersi del fatto che la presenza dei bacterj e dei vibrioni nella bile era un reperto cadaverico; verificarono che essa, allorchè è trattenuta nel fegato, riesce causa di infiammazione solo in quanto opera da agente traumatico dilatando i suoi spazj naturali, determinando all'intorno di essi un' infiammazione,

dalla quale poi ne verrebbe di conseguenza la vegetazione degli epitelj che normalmente li rivestono.

Riassumono quindi il loro lavoro nelle seguenti conclusioni:

a) Nelle cavie e nei conigli la legatura del coledoco determina una distruzione di tessuto epatico, che viene riparato da un giovane tessuto connettivo e da canalicoli biliari di nuova formazione. Nel prodursi di queste alterazioni si distinguono 3 periodi; nel primo si hanno gli effetti immediati dell'occlusione del coledoco, e che consistono nella dilatazione dei canali biliari e degli spazj pericellulari, nella compressione ed anemia dei vasi verso la vena centrale, con formazione di trombi in quelli verso la vena porta, nella distruzione delle cellule epatiche; nel secondo periodo si ha congestione del sistema della porta, sviluppo di tessuto connettivo tra le cellule epatiche ed attorno ai condotti biliari con proliferazione in questi dell'epitelio; nel terzo periodo il tessuto epatico assume un aspetto *sagrinato* per l'aumento considerevole del connettivo interlobulare e per l'impicciolimento e la parziale distruzione dei lobuli epatici.

b) Nel mentre nelle cavie e nei conigli l'infiammazione dell'apparecchio escretore biliare al disopra dell'allacciatura era poco notevole, questa nell'agnello si trova estendersi lungo i grossi tronchi biliari nell'interno del fegato. Ha luogo pure una parziale neoformazione di canalicoli biliari alla periferia degli acini, dove il tessuto di questi per inquinamento biliare andò distrutto.

c) Nel pollo la grande dilatazione e ripienezza delle vie biliari occlude le estreme diramazioni portali, induce una forte congestione e più tardi un'infiammazione diffusa del fegato scompagnata da neoformazioni epiteliali, e persistente allo stato embrionale.

d) Nel cane molte volte per la reintegrazione del condotto coledoco non ha luogo nel fegato alcuna alterazione all'infuori di uno stato congestizio. Altre volte si forma un'ipertrofia eccentrica di tulto l'apparecchio escretore biliare fino ai grossi condotti intraepatici. L'arresto di bile osservato rare volte alla periferia degli acini, lascia supporre che in alcuni casi possa aver luogo la distruzione parziale degli stessi e la invasione di connettivo e d'epitelio neoformato.

c) Nel gatto l'alterazione s'arresta pure al solo apparecchio escretore biliare, mentre gli acini epatici congesti subiscono una notevolissima compressione e conseguente atrofia della loro zona periferica e media.

Gli autori per ultimo fecero ricerche comparative su di un fegato umano itterico per calcolosi epatica diffusa e trovarono:

1° Che gli acini epatici, con contorni assai irregolari, presentavano vere escavazioni ripiene di connettivo giovane ricco di cellule, assai abbondante all'intorno degli acini stessi, e nel quale v'erano molti canalicoli biliari e molti vasi sanguigni;

2° Che la vena centrale dell'acino era compressa, mentre i rami della porta erano dilatati e congesti;

3° Che il modo di comportarsi del fegato umano di seguito ad interruzione della circolazione biliare si avvicina a quello osservato nel cane e nell'agnello, essendovi come fatto predominante un' ipertrofia eccentrica dell'apparecchio escretore della bile dal punto dell'occlusione sino nell'interno del fegato. Soggiungono quindi che nella cirrosi cosidetta ipertrofica d'origine biliare nell'uomo si riscontra, come nei mammiferi superiori, una notevole ipertrofia eccentrica dell'apparecchio biliare estra ed intraepatico, ed una parziale neoformazione di canalicoli biliari quando esista una distruzione di acini, per arresto ed inquinamento di bile.

4° Che la cirrosi d'origine biliare non è sempre monolobulare, ma che se la stessa è limitata ai grossi tronchi intraepatici, abbraccia dei gruppi di lobuli;

5° Che la neoformazione epiteliale esiste in tutte le forme di cirrosi, e sebbene nella forma atrofica sembri che la sua sede sia interlobulare, pure essa non accade mai se non nel posto del tessuto epatico preesistente, poichè le nuove anse epiteliali non sono che i primitivi canalicoli pericellulari invasi da epitelio di nuova formazione;

6° Che l'epatite interstiziale da occlusione del coledoco può essere determinata o quasi esclusivamente da distruzioni parziali e successive riparazioni di tessuto epatico (cavie, conigli) o quasi esclusivamente dall'infiammazione dell'apparecchio escretore al disopra del laccio (cane, gatto) o dall'uno e dall'altro di questi momenti (agnello, uomo).

Ueber Epithelwucherung und Krebs. (*Vegetazione epiteliale e cancro*); Monografia di C. Friedlaender. Strassburg 1877). (*Jahrbuch für Pract. Aerzte*).

La questione molto agitata circa la formazione del cancro e de' suoi rapporti colle vegetazioni di epitelio viene in modo speciale trattata in una lunga Memoria da C. Friedländer, nella quale egli assicura di avere esattamente accertato il rinnovarsi dell'epitelio alle superficie granulanti delle piaghe, e nelle quali si osservò sempre che gli epitelj preesistenti vanno incontro all'esito della degenerazione. L'Autore esamina quindi una serie di vegetazioni epiteliali come si ha nel lupus, nell'elefantiasi, ecc., e stabilisce come risultato generale che non hanno alcun valore patologico le idee di tipica ed atipica vegetazione che fin qui vennero da alcuni ritenute per caratteristiche. Si osserva cioè che non è la disposizione dei gruppi di epitelio neoformato quella che produce il cancro, ma bensì la malignità del decorso clinico e per la quale non si può avere nessun carattere infallibile dalla struttura istologica. L'Autore intanto ritiene impossibile il dare oggi una teoria che risolva la questione avendosi in alcuni casi vegetazioni tipiche ed in altri vegetazioni atipiche.

Zur Theorie der Geschwulstmetastasen. (*Aggiunta alla teoria della metastasi dei tumori*); del prof. I. Cohnheim e H. Maas. (*Virchow's Archiv Bd. LXX, I. 161, Jahrbuch für pract. Aerzte*, p. 184).

È noto, che i tumori maligni e segnatamente i cancri ed i sarcomi

spesso penetrano attraverso le pareti di un grosso vaso, e che quindi pezzetti di tumore strappati e trasportati dalla corrente sanguigna possono giungere in organi lontani sotto forma di emboli e produrvi un nuovo tumore metastatico. Ma oggi ancora rimane indeciso se questi frammenti di tumori comunichino ai tessuti lontani un semplice impulso di sviluppo nel senso dei loro proprii caratteri istologici, o, se detto in breve, agiscano per via d'infezione, oppure se essi medesimi nel punto lontano crescono ulteriormente, per così produrre il nuovo tumore analogo al primario. Si è più volte tentato coll'esperimento di risolvere tale questione, ma sempre con esito o dubbio o negativo, in quanto che si adoperavano per emboli dei pezzi di tessuti tolti da neoformazioni patologiche. Invece di essi gli Autori introdussero dei pezzetti di periostio normale dell'estensione di 1 centim. quadrato nella giugulare di polli ed osservarono non solo un ulteriore accrescimento dei piccoli emboli, ma una reale produzione di osso nell'interno delle diramazioni arteriose del polmone obliterate. Fino al termine della 3.ª settimana essi trovarono un aumento nella formazione dell'osso e di poi involuzione e graduale riassorbimento del tessuto del periostio. Questo risultato viene spiegato da Cohnheim e Maas per quella proprietà che hanno gli organismi sani di eliminare le sostanze estranee che non prendono parte alcuna nella formazione di tessuti fisiologici. Ora, secondo il modo di vedere degli Autori, allorchè esiste siffatta resistenza dell'organismo, le neoformazioni rimarrebbero locali, ed al contrario quando essa manca, le neoformazioni tenderebbero a diffondersi per mezzo di trasporti metastatici.

Ein Fall von Tuberculose des N. opticus dexter. (*Caso di tubercolosi del nervo ottico destro*); del dott. H. Chiari. (*Medic. Jahrbüchern* IV 1877).

Il caso è importante e per la rarità colla quale i nervi periferici in generale vengono affetti da tubercolosi, e perchè una tale affezione non viene trattata dagli Autori d'oftalmologia. L'alterazione fu osservata in un ragazzo d'anni 5, nel quale 6 mesi avanti la morte il prof. Artl aveva eseguito l'esportazione dell'occhio destro per un tumore del nervo ottico, ed alla quale operazione aveva tenuto dietro la necrosi del margine inferiore dell'orbita ed una meningite letale. Alla sezione si trovò la meningite basilare tubercolosa, bronchite catarrale cronica, caseificazione e degenerazione calcarea delle ghiandole linfatiche peribronchiali, non che la seguente alterazione al nervo ottico destro. In luogo di questo, subito dopo il chiasma, si trovava un tumore rotondo, avente cent. 1.5 di diametro, cresciuto vicino al foro ottico e prolungato nell'orbita destra; esso terminava alquanto acuminato verso il chiasma, che in parte ne era stato distrutto, e comprimeva alquanto l'arteria carotide interna e quella del corpo calloso. Il tumore era coperto dalla pia madre e dall'aracnoidea, che erano infiltrate di siero purulento e, specialmente verso la base, sparse di tubercoli migliari. Nel tumore si di-

stinguevano due sostanze l'una corticale, l'altra centrale: la prima dello spessore di 1 mill. di colore grigio, era nelle parti più superficiali costituita da un tessuto stipato e scarso di vasi nel quale erano posti qua e là dei fasci di fibre midollari, granulose del nervo ottico, mentre verso l'interno presentava un tessuto linfatico sparso di tubercoli migliari contenenti cellule giganti grandi fino 80μ le quali racchiudevano perfino 60 nuclei. La sostanza corticale che costituiva gran parte del tumore era giallicci, asciutta, friabile, caseosa, e, come si ha in questi casi, costituita da un detritus finamente granuloso e da elementi in via di distruzione. La sostanza caseosa centrale e la corticale si prolungavano nell'orbita per il foro ottico, immediatamente al davanti del quale la massa caseosa terminava, mentre lo strato periferico si confondeva colle parti molli tumefatte della metà posteriore della cavità orbitaria in modo da riempierla; in queste parti molli vedevansi tubercoli caseosi del volume di un capocchio di spillo, frammisti ai resti dei tessuti fisiologici dell'orbita, ma non si aveva alcuna traccia di nervo ottico. Comprimendo queste parti molli al disopra dell'angolo esterno dell'orbita e della guancia si determinava l'uscita di pus da canali fistolosi che si dipartivano dai margini necrotici dell'orbita.

L'Autore ritiene che il punto di partenza della neoformazione tubercolare sia stato il così detto nevrilema interno, e che le fibre nervose siano rimaste in ciò più o meno passive, per il motivo che esse furono trovate molto degenerate all'intorno della degenerazione stessa alla quale costituivano una specie di velamento. La successione delle manifestazioni tubercolari nell'intiero organismo incominciò dalla tubercolosi delle ghiandole linfatiche peribronchiali, promossa da un catarro bronchiale di lunga durata; da questa ne venne la tubercolosi del nervo ottico e la necessità di esportare il bulbo; quindi si ebbe la produzione di tubercolosi del nervo ottico e la necessità di esportare il bulbo e per ultimo un acuto riaccendersi di tubercolosi migliare nelle meningi.

Ueber Tuberculose der Schilddrüse (*Della tubercolosi della ghiandola tiroidea*); del dott. H. Chiari. (*Med. Jahrbüchern*, 1878 I).

In questa nota, illustrata da una tavola, l'Autore si propone di dimostrare che la tubercolosi della ghiandola tiroidea non costituisce un'alterazione così rara ed importante come si è fin qui creduto da quei pochi osservatori che la riscontrarono, e che essa si manifesta tanto sottoforma di granulazioni tubercolari, che di infiltrazione tubercolare. Dopo avere passato in rivista la letteratura che riguarda l'affezione in discorso ed aver provato come questa siasi fin qui riguardata come rara, l'Autore espone sette casi da lui osservati sopra 100 autopsie d'individui morti per tubercolosi. Coll'esame microscopico si accertò la natura dell'affezione, perchè i tubercoli migliari apparvero costituiti da un protoplasma finamente granuloso contenente cellule linfoidi con nuclei rotondi ed ovali in un protoplasma tenue, e cellule giganti assai ricche di nuclei. Gli elementi tubercolari formavansi nel tessuto connettivo in-

terstiziale e non già per la proliferazione degli elementi dell'epitelio alveolare della ghiandola, che per contrario mostravasi in una metamorfosi regressiva.

L'Autore conchiude che l'alterazione, presentatasi sette volte su cento autopsie di tubercolosi, costituisce un reperto non raro: che essa nei casi osservati era sempre accompagnata dalla tubercolosi di altri organi, mostrandosi o come acuta e parziale manifestazione di una generale produzione di tubercoli nell'organismo, il che si osservò più di frequente, o come tubercolosi cronica, simile a quella già esistente in altri organici. Per contrario ritiene improbabile lo sviluppo primitivo ed isolato dell'affezione. Il relatore volendo convincersi di questi risultati, già alla prima autopsia del cadavere di una donna d'anni 64 morta per tubercolosi migliare acuta, ha potuto dietro esame un po' accurato, riscontrare molti piccoli tubercoli migliari sparsi nel tessuto della ghiandola tiroidea.

Ueber akute Tuberkulose des Uterus. (*Della tubercolosi acuta dell'utero*); del dott. Karl Breus. (*Wien. Med. Wochenschrift*, N. 44, 1878).

Si tratta della tubercolosi acuta dell'utero e delle tube falloppiane, riscontrata nel cadavere di una donna di 34 anni che moriva coi sintomi di meningite tubercolare e che 8 settimane avanti la morte aveva abortito a cinque mesi di seconda gravidanza. All'autopsia si riscontrò la meningite tubercolare: gli apici dei polmoni presentavano tubercolosi cronica, ed il restante del parenchima molto tubercoli migliari; le ghiandole bronchiali erano infiltrate di sostanza caseosa: nel fegato, nella milza, nei reni, erano sparsi molti tubercoli migliari. L'utero, alquanto ingrossato presentava parimenti alla superficie interna un rigoglioso sviluppo di tubercoli migliari svoltisi anche nel punto in cui stava inserita la placenta, e nel tessuto muscolare dell'organo, specialmente in corrispondenza alla porzione cervicale, da dove l'alterazione s'era diffusa ai legamenti larghi ed alla parte profonda dello spazio di Douglas. Il più antico focolajo di tubercolosi agli organi genitali si aveva nella parte media della tuba falloppiana destra molto dilatata e ripiena di sostanza caseosa, nel mentre le restanti parti di questa tuba e quelle del lato opposto erano invase da tubercoli migliari. Coll' esame microscopico di tubercoli presi da varie parti si osservò che essi erano per la massima parte costituiti da elementi linfoidi, da meno numerosi elementi epitelioidi, e da qualche cellula gigante con molti nuclei.

Experimentelle Untersuchungen über Kohlenstaubinhalation. (*Ricerche sperimentali sulle inalazioni della polvere di carbone*); del dott. H. Ruppert. (*Virchow's Archiv*. Bd. 72, heft. 1, 1878).

Le questioni che l'Autore si propose di risolvere, sono le seguenti:

1° Quali alterazioni si determinano per le inalazioni di polvere nell'epitelio delle vie aerifere e nelle parti profonde del tessuto degli organi della respirazione?

2° Le polveri, penetrano nel tessuto libere, o racchiuse in cellule?

3° Quali sono le vie che esse tengono per questa penetrazione;

4° Quali forze servono a spingerle avanti.

Dopo avere riassunto le indagini fatte in argomento da una serie di osservatori, l'Autore espone il metodo da lui seguito nelle ricerche instituite su cani e conigli, e che consiste nel far inspirare a questi animali una polvere che possibilmente non abbia azione chimica o meccanica sul tessuto polmonare, quale sarebbe finissima polvere di carbone, e nell'esaminare al microscopio i polmoni dopo averli induriti nell'alcool, e colorati con una soluzione neutra di carminio con glicerina ed acido acetico.

Le conclusioni ottenute con questo metodo sono le seguenti:

1° Per l'inalazione di una polvere chimicamente indifferente non si stabilisce alcuna alterazione nei bronchi;

2° La polvere, giunta negli alveoli, in parte viene raccolta dalle cellule epiteliali ed in parte penetra nel tessuto polmonare laddove gli alveoli sono a contatto col tessuto interstiziale;

3° Colla penetrazione della polvere nelle cellule epiteliali sembra che si colleghino certe alterazioni delle medesime per le quali ne avviene il loro distacco;

4° La polvere penetra nel tessuto in generale così come viene inspirata; il fatto che le cellule amiboidi se la assimilino certamente si presenta in una misura assai limitata;

5° Nel tessuto la polvere si incontra sempre fra certe sezioni del sistema linfatico;

6° Le vie per le quali la polvere penetra nel tessuto non si possono dimostrare con assoluta certezza; nondimeno è molto probabile che il passaggio avvenga a traverso i punti di unione che esistono tra le cellule epiteliali;

7° Le forze che portano avanti le molecole di polvere devono essere rappresentate dalle correnti linfatiche; non si osservò alcuna perforazione di pareti da parte delle particelle di carbone.

Queste conclusioni, che per vero solo in piccola parte rispondono ai quesiti propostisi dall'Autore, diedero occasione ad una rettifica da parte di A. Ins che già aveva studiato sperimentalmente l'argomento adoperando polvere di selce.

Einige Bemerkungen über das verhalten des inhalirten Staubes in den Lungen. (*Osservazioni sul modo di comportarsi della polvere inalata nei polmoni*); del dott. Adolf Ins. (*Virchow's Archiv*, Bd. 73, pag. 151).

Malgrado le precedenti conclusioni, Ins ritiene per vero quanto aveva già prima osservato, che cioè la polvere di selce giunta negli alveoli, viene raccolta da cellule rotonde linfoide, di diametro eguale a quello dei globuli bianchi del sangue. Egli assicura di avere per vario tempo osservato che mano mano che le cellule si andavano appropriando le particelle di polvere, aumentavano anche di volume, fino a diventare

del doppio e del triplo più grosse dei globuli bianchi. Tali cellule apparivano dapprima ai punti d'incontro dei setti alveolari, successivamente all'intorno dei grossi vasi nelle parti profonde del tessuto polmonare, e per ultimo nelle ghiandole bronchiali; secondo Ins le particelle di polveree penetrerebbero nel tessuto polmonare per mezzo delle indicate cellule migranti e non già allo stato libero come vuole Ruppert. Quest'ultimo osservò che le cellule dell'epitelio alveolare, dopo essersi impregnate di granelli di polvere di carbone, si distaccavano dalla parete e cadevano nella cavità alveolare; secondo Ins l'alterazione non si arresterebbe a questo punto, ma le cellule contenenti i granelli di polvere potrebbero trasformarsi in grosse cellule rotonde dotate di contrattilità. In siffatta questione merita per vero d'essere presa in considerazione la circostanza notata da Ins, che in queste esperienze si possono avere risultati differenti per il fatto che, se la polvere finissima di carbone non altera il tessuto del polmone, egualmente non fa la polvere di selce, più grossa, più irritante, e che deve perciò suscitare infiammazione e quindi penetrazione negli alveoli di giovani elementi che, assimilandosi le particelle di polvere le trasportano nel tessuto polmonare.

Ueber einen Fall von sehr reichlicher pathologischer Kalkablagerung in den Lungen und Nieren. (*Di un caso di abbondante morbosa deposizione di calce nei polmoni e nei reni*; del dott. H. Chiari. (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1878, N. 1).

L'alterazione venne osservata dall'Autore nel cadavere di una donna d'anni 27, morta di seguito ad esaurimento prodotto da una stenosi del piloro per un'ulcera cronica posta nella porzione pilorica della parete posteriore dello stomaco. Durante la vita si avevano avuto chiari sintomi dell'affezione gastrica, ma nessun indizio di malattia polmonare. All'autopsia si osservò un'incipiente infiammazione delle parti inferiori della pleura e pneumonite ipostatica; non v'erano aderenze pleuriche: il polmone destro mostrava un minor grado di floscezza ai due lobi superiori con aumento di consistenza che non poteva venir spiegato se non ammettendo un inspessimento dei sepimenti alveolari ed infondibulari, essendo il parenchima polmonare crepitante al taglio, imbevuto di poco siero, non affatto infiltrato di essudato. Infatti coll'esame microscopico si osservò una deposizione calcarea nei sepimenti alveolari diventati perciò di colore grigiastro oscuro, splendenti e rigidi per modo, che colla preparazione vennero in molti punti fratturati, ed i frammenti dentati ed aghiformi sporgevano nell'interno delle cavità alveolari. La sostanza calcarea riproduceva esattamente la forma dei sepimenti alveolari ed appariva d'aspetto finamente granuloso e percorsa da striature omogenee e grossolane. Coll'aggiunta d'acido solforico ai preparati microscopici dell'alterazione si sciolse rapidamente la massa rigida calcarea, nel mentre si formarono tosto cristalli aghiformi di gesso, e comparve in vista il tessuto fibroso dei setti; con ciò rimaneva accertato

che l'inspessimento dei medesimi era prodotto da deposizione di sali calcarei. Quest'avveniva e per la formazione di granulazioni calcaree nel tessuto interalveolare, e per la trasmutazione calcarea del protoplasma delle fibre del tessuto, che da principio sottili andavano poi mostrandosi sotto forma di grossi fasci. Gli alveoli delle parti alterate dalla deposizione calcarea erano in generale pervii all'aria, i capillari ed i vasi più grossi contenevano sangue fluido, nel mentre gli epitelj non presentavano alterazioni; le cartilagini bronchiali delle parti di polmone calcificate mostravano solo in generale un principio di calcificazione, e la mucosa bronchiale era pallida. La sostanza calcarea era costituita per la maggior parte da fosfato di calce e da una piccola quantità di fosfato di magnesia: non conteneva carbonati. Nel polmone sinistro v'erano solo alcuni lobuli alla periferia ed altri al centro che mostravansi invasi dai sali calcarei. — I reni, più voluminosi e più consistenti del giusto, presentavano la capsula facilmente svolgibile: il parenchima era pallido: nella sostanza corticale e midollare si vedevano anche ad occhio nudo dei granuli bianchicci del volume d'un grano di papavero, che mediante l'osservazione microscopica apparvero costituiti da ammassi di granulazioni calcaree poste parte nei canalicoli renali, parte nel tessuto interstiziale. Non v'era deposizione calcarea in nessun altro organo, e le ossa non presentavano alcuna anomalia. L'Autore dichiara che, colle idee oggi ammesse, non sa dare una soddisfacente spiegazione dell'accennata deposizione calcarea, ritenendo egli che non sia avvenuta di seguito ad una precedente malattia polmonare, non per la diretta penetrazione di sali calcarei dall'esterno, e nemmeno infine per una metastasi di calce nel senso di Virchow. Mancando ogni elasticità nel tessuto polmonare invaso dai sali calcarei, lo scambio dei gas dell'aria contenuta doveva esserne sconcertato.

Intorno ad un caso d'anemia progressiva con anchilostoma duodenale; del prof. Morselli Carlo. (*Lo Sperimentale*, 1878, fasc. 1°, pag. 27).

Si tratta d'un caso di grave oligocitemia che l'Autore osservò in una contadina d'anni 21, senza poterne clinicamente trovarne la causa, e che rimasta ribelle a tutti i rimedi, finì col trarre a morte l'inferma. All'autopsia, coll'anemia dei diversi organi, si notò la mancanza di lesioni spleniche, un lieve grado di degenerazione adiposa del cuore, ed una grande quantità di anchilostomi specialmente nel duodeno. I globuli bianchi del sangue non erano più numerosi della norma, ed i rossi apparivano malamente costituiti perchè facilmente si rompevano in frammenti dando luogo a microciti. Di un'alterazione siffatta dovendosi trovare la causa, l'Autore si domandò se in questo caso la grave oligocitemia poteva dipendere dai numerosi anchilostomi trovati nel tenue, e se a produrla essi avessero, come in Egitto, determinato ripetute e frequenti emorragie intestinali. Ma, per la mancanza assoluta di queste nella paziente, l'Autore non può credere che gli anchilostomi abbiano

esercitato la loro dannosa azione nell'accennato modo, ammesso da Griesinger, da Leuckart e da Sonsino, ed è condotto dal fatto a ritenere che l'oligocitemia sia stata da essi prodotta in modo indiretta; l'Autore ritiene cioè col prof. Sangalli che la presenza di questi vermi nell'intestino eserciti sul medesimo una funesta influenza mantenendo una cattiva chilificazione e per conseguenza una manchevole sanguificazione.

Il relatore, avendo osservati alcuni casi analoghi a quello ora accennato, condivide l'esposta spiegazione, ma crede che giovi inoltre ricordare:

1° Che gli anchilostomi, anche dietro minuto esame, si incontrano assai raramente in alcuni tempi, mentre in altri se ne osservano casi assai frequenti e nei quali essi appajono molto numerosi;

2° Che questo fatto potrebbe collegarsi con quello della distribuzione geografica dell'anchilostoma che, al dire dell'Autore col caso accennato si osservò per la prima volta a Firenze, quando invece s'incontra di frequente a Milano ed a Pavia; è rarissimo a Vienna e non venne peranco trovato in Germania.

3° Che sebbene all'atto dell'autopsia non siano molti gli anchilostomi che si trovano col capo infitto nella mucosa, pure alcuni di essi esaminati al microscopio presentano nell'interno una sostanza rossigna o bruniccia che sembra sangue alterato, e che parrebbe indicare le minute ma numerose sottrazioni sanguigne da essi operate sulla mucosa intestinale senza perciò cagionare emorragie secondarie.

Annotazioni sullo sviluppo dell'anchilostoma duodenale; del dottor Parona C. e Grassi G. B. (Atti delle Società Italiane di Scienze Naturali, Milano 1878, luglio fasc 1.°). (V. il fascicolo di aprile di quest'anno della *Rivista*, Vo. CCXLIV, pag. 358).

Sulla rapidità di sviluppo della tenia mediocanellata nell'uomo, e nuove prove sulla tenacità di vita del cisticerco della stessa tenia; del prof. E. Perroncito. (*Archivio per le scienze mediche*, Torino 1877, p. 103).

In questo lavoro l'Autore coll'esperimento fatto sull'uomo, porta la conferma di quanto aveva già dimostrato in una precedente memoria, che cioè basta mantenere per pochi minuti alla temperatura di circa 50° gradi la carne infetta da cisticerchi, per determinarne la morte, e quindi renderli innocui. Infatti prese le carni di due vitelli nei quali aveva prodotto una intensa infezione di cisticerchi col far loro ingojare proglottidi mature di tenia mediocanellata; di tali carni infette una parte venne mantenuta per breve tempo alla temperatura di 47 centigradi, una seconda a quella di 45 cent. finchè in entrambe era spento ogni movimento, ed una terza a quella di 44 cent., lasciando però in quest'ultimo caso che il cisticerco eseguisse ancora qualche lentissimo movimento nel collo. Le persone che mangiarono queste carni non furono menomamente infette di tenia, e come esse ne andarono esente 46 altre, le quali avevano mangiato le carni infette a differente grado di cottura (arrosto, lesso, bistecche, ecc.).

Per contrario un giovane, che aveva ingojato un cisticerco vivo, incominciò dopo qualche tempo a soffrire disturbi di tenia, e dopo 54 giorni ad eliminarne spontaneamente anche dei pezzetti ; di seguito alla presa dell'infuso di kousso eliminò quasi totalmente la tenia, e da questa si potè calcolare che la stessa in 67 giorni aveva raggiunto m. 4,83 di lunghezza ed era costituita da 900 proglottidi: ossia, che essa ogni giorno si allungava di 72 mill. producendo 13 proglottidi.

RIVISTA DI PEDIATRIA

del dott. ANTONIO GUELMI.

Guaita — *La mortalità dei bambini considerata nei suoi rapporti coll'eredità e col modo d'allattamento.*

Cruse — *Sullo stato dell'orina dei lattanti.*

Silaermann — *Intorno la melena vera dei neonati.*

Lederer — *Della melena dei neonati.*

Schlemmer — *Della bronchite dei lattanti, e dell' istologia dei trombi bronchiali.*

Robert — *Il crotoncloralio nell'ipertosse.*

Weber Leonardo — *Uso dei bagni caldi senapizzati nella pneumonite dei fanciulli.*

Clintock — *Terapeutica fetale.*

Farguharson — *Sul modo di ricettare nei fanciulli.*

Simon Giulio — *Della belladonna nella terapeutica infantile.*

Simon — *Dell'aconito nella terapeutica infantile.*

Hill — *Osservazione d' imperforazione anale complicata a fistola vescico-vaginale*

Theremin — *Della chiusura congenita dell'intestino tenue.*

Bouchut — *Anestesia cloralica per l'estirpazione dei denti e le operazioni chirurgiche nei fanciulli.*

Redon — *Del diabete mellito.*

Hagenback — *Impiego del salicilato di soda nelle affezioni febbrili dei fanciulli.*

Andrew e Dyce Duckworth — *Paralisi (quasi generale) in un fanciullo per la forte esposizione al calore.*

Bayles — *Relazione sull'uso sperimentale del nitrito d'amile in 10 casi di pertosse.*

Barlow e Parker — *Degli spandimenti pleuritici dei fanciulli.*

La mortalità dei bambini considerata nei suoi rapporti coll'eredità e col modo di allattamento; pel dott. Guaita (*Lo Sperimentale*, agosto 1878).

L'Autore cercando la vera ragione delle grande ed indiscutibile mortalità dell'infanzia, riconobbe in seguito all'esperienza propria, ed alle osservazioni raccolte nelle diverse cliniche, e soprattutto estere, che i principali fattori della mortalità dei bambini sono l'*eredità* e l'*allattamento*.

Per quanto spetta alle prima, cioè all'attitudine del genitore a trasmettere al figlio il germe da cui prendono punto di partenza il carattere, e le facoltà di lui, essa viene influenzata da cause speciali, di cui alcune agiscono sui genitori, altre direttamente sull'essere; le prime possono essere *anteriori all'atto della concezione*, o *coincidenti con quest'atto*; quelle che agiscono sull'essere, lo fanno *o dopo la concezione o dopo il parto.*

Cause anteriori all'atto della concezione: fra queste fa campeggiare l'Autore la consanguineità dei conjugi; e dopo avere confermata la dannosa influenza coi fatti che registra la storia, emette l'opinione che è quella d'impedire assolutamente tali unioni quale unico mezzo per diminuire la frequenza delle malattie, e per attenuare la mortalità dei bambini. Fra le cause *coincidenti all'atto della generazione*, l'Autore ricorda principalissima l'ubbriachezza per le conseguenze sulla prole.

Cause che agiscono sull'essere dopo la concezione: sono le emozioni della madre nella gravidanza; venendo in seguito l'esercizio, l'abitazione, l'abbigliamento, il nutrimento della donna gravida.

Cause agenti dopo il parto. — Queste si riducono ai precetti d'igiene relativi all'allevamento del bambino in genere, ed alla sua educazione fisica e morale: dimostrando come il benessere corporale accompagna l'intellettuale, ed il morale, ed in tal modo si ottengono i due scopi della più alta importanza, cioè diminuzione della mortalità, e miglioramento delle condizioni sociali.

Per quanto spetta al secondo fattore della mortalità, cioè all'allattamento, l'Autore entra in più minuti ragguagli sulle ragioni, ed i vantaggi che impongono alla madre di allattare il proprio bambino; confronta la mortalità dei bambini nutriti al seno materno, con quella dei lattanti messi a nutrice; indi discorrendo della scelta della nutrice e delle sue qualità fisiche e morali, ritiene pur egli che l'esame macroscopico e microscopico del latte sia di alta importanza. Tuttavia fra i varj metodi preferisce quello di Heischmann; peraltro nè questo nè quelli di Vogel e di Bouchut sono lungi da ritenersi gli ultimi ritrovati della scienza, per cui vuole che tutti e tre debbano usarsi alternativamente. Insegna maestrevolmente il modo di dirigere l'allattamento, le ore che può stare il bambino senza poppare, i danni nell'accondiscendere alla sua ingordigia; la trasgressione di certe regole elementari, se non è l'unica, è la principale causa delle sue affezioni nei 4 o 6 primi mesi.

Il latte poi può subire alcuni cambiamenti qualitativi che possono

agire dannosamente sul bambino; i principali proverrebbero: dalla costituzione — dal nutrimento — dal ritorno dei mestrui — dalla gravidanza — dallo stato morale della donna.

A proposito di nutrimento l'Autore vuole che sino al 6.° mese il latte sia alimento esclusivo del bambino, appoggiato alla fisiologia della digestione ed agli esperimenti; dopo poi il primo gruppo di denti si potranno aggiungere brodi, zuppe, farinacei, non altro; ciò in tesi generale.

Ne consegue, che i male nutriti non potranno avere sufficiente resistenza alle malattie che loro sopravvengono: come succederà all'epoca della dentizione, prescindendo dai mali inerenti alla stessa nutrizione.

Lo slattamento lo vuole fatto a gradi, e mentre ricorda la disparità di opinioni sul divezzamento completo, egli crede doverlo addattare a diverse circostanze, ma specialmente basato alle condizioni di salute, ed all'eruzione dei denti.

L'alimentazione prematura (da 8-10 mesi) è causa dei più funesti accidenti; quando sia impossibile l'allattamento naturale, devesi preferire l'artificiale, che non crede tanto funesto, purchè sia bene diretto. Accenna a tutte le conseguenze d'uno slattamento precoce; uno stato dispeptico subentra nel bambino, e quindi un catarro gastro-intestinale apre la scena ai più parziali fenomeni morbosi, conducenti alla denutrizione, alla cachessia, al rachitismo. Anche lo slattamento tardivo è di danno alla salute per le qualità del latte; e quindi predispone alla scrofola, alla osteomalacia, ad un arresto di sviluppo generale.

L'Autore riepilogando conchiude che eredità ed allattamento male diretto sono le due principali cause della mortalità infantile; correggendo quella nei genitori e nel feto, ed effettuando questa, giusta le norme stabilite, si avranno bambini forti e robusti, capaci di resistere alle molteplici influenze, ottenendo come ultimo scopo la diminuzione della mortalità la quale non è per nulla una necessità nella evoluzione dell'essere, nè una legge costante ed imperiosa da natura reclamata.

Ueber das Verhalten des Harns bei Säuglingen (*Dello stato dell'orina nei lattanti*); del dott. Cruse. (*Jahrb. für Kinderheilk.* 1877).

L'Autore dopo d'avere constatato che l'analisi qualitativa dell'orina fu soggetto di molte indagini da parte dei medici, mentre che poche se ne ebbero dall'analisi quantitativa, adduce le sue esperienze fatte in bambini poppanti. Egli cercò di valutare in modo preciso la quantità assolata d'orina emessa nelle 24 ore, e la proporzione dei differenti principj normali ed anormali contenenti in questo liquido. Ecco le conclusioni alle quali lo condussero le sue ricerche:

1.° La quantità assoluta di orina resa nelle 24 ore aumenta rapidamente da 2, 5 a 10 giorni, poi lentamente ed in quantità minima dal 10.° al 60.° giorno dopo la nascita.

2.° Al contrario il peso specifico dell'orina diminuisce rapidamente dal 5.° al 10.° giorno; lentamente al contrario a partire dal 10.° giorno.

Solo la quantità d'acido fosforico non cessa d'andare aumentando al partire dalla nascita.

3.° La quantità relativa d'orina paragonata al peso del corpo, e resa nelle 24 ore aumenta rapidamente dal 2.° al 5.° o 10.° giorno; e resta in seguito sensibilmente allo stesso livello con oscillazioni passeggiere fino al 60.° giorno. Tuttavolta la quantità relativa di cloruro di sodio va di nuovo scemando al partire del 10.° giorno.

4.° Dal 5.° al 10° giorno l'orina contiene sovente dell'albumina, dopo il 10.° non ne contiene più.

5.° In somma dal 2.° al 5.° o 10.° dalla nascita, l'orina subisce variazioni numerose nella sua composizione; a partire dal 10.° la sua composizione rimane abbastanza costante.

6.° La composizione dell'orina è influenzata non solo dall'età, ma ancora dal peso del corpo dei neonati. Si può dire che la quantità d'orina emessa nelle 24 ore è in ragione inversa del peso del corpo. Al contrario la quantità assoluta d'urea e di cloruro di sodio è in rapporto diretto col peso del corpo.

7.° La quantità d'orina escreta da un adulto sulle 24 ore, valutata ad un chilogrammo del peso del corpo, è 3 1/2 a 4 volte inferiore a quella che è nel fanciullo, mentrechè i principj salini contenuti nell'orina, calcolata dietro la stessa base, sono 1 1/2 volta a 3 1/2 maggiori.

Ueber Melæna vera neonatorum. (*Intorno la melena vera dei neonati*): pel dott. Oscar Silaermann. (*Id. Id.*).

L'Autore riunendo 42 casi improntati alla letteratura medica, salvo due che gli appartengono, crede poter stabilire i punti seguenti:

1.° La frequenza delle emorragie al punto di vista dell'orificio del quale cola il sangue è il seguente: 25 volte sortì dalla bocca e dall'ano: 10 solamente dall'ano; 7 volte solo dalla bocca.

2.° Il principio dell'emorragia ha luogo più sovente il 2.° giorno dopo la nascita. Sopra 40 casi in cui il principio era indicato in modo preciso, in 11 avvenne il primo giorno, in 10 il secondo, in 6 il terzo, 2 volte il quinto, 1 volta il sesto e 30 volte l'ottavo giorno.

3.° La prognosi non è sì fatale come credesi da alcuni. Sopra 41 casi: 23 volte gli ammalati son morti, 18 volte ritornarono a vita. La mortalità è dunque del 56 per 100. Barthez e Rilliet accennano al 60 per 100, e Gerhardt al 5 per 100.

4.° La melena osservasi più nei maschi che nelle femmine.

5.° Il traumatismo puerperale non interviene che assai raramente nella sua eziologia; contro l'opinione di Hesse, Barthez e Rilliet, e Bouchut.

6.° Le acque dell'amnios ed il meconio inghiottiti dal feto non potrebbero dar ragione dello sviluppo della melena. Lo stesso valga della compressione e legatura prematura del cordone.

7.° Billard e Bohn invocarono l'infiammazione fetale dello stomaco; e Buhl, Hecker e Spiegelberg come Billard fecero intervenire ancora

nella patologia asserzioni puramente ipotetiche senza l'appoggio di prova anatomica. Se tengasi conto delle autossie praticate sino ad oggi è permesso concludere:

8.° Che la melena tiene ad un'ulcera che si sviluppa,

a) per la via dell'embolo, l'embolo prendendo origine secondo Landois dalle vene ombelicali;

b) in seguito ad uno stravaso sanguigno, che si fa nella mucosa del tubo digestivo, e che sarebbe dovuta alla sospensione della respirazione. È la spiegazione che bisogna ammettere nei casi in cui si trova un'ulcera senza embolia. Ebstein ha d'altronde dimostrato esperimentalmente che quando si sospende la respirazione negli animali, la pressione sanguigna si esagera enormemente e dà luogo a degli stravasi sanguigni e ad ulceri dello stomaco.

9.° Quanto ai casi di melena che non sono accompagnati da alcuna perdita di sostanza della mucosa intestinale, bisogna ammettere: o che si è fatta un'alterazione di tessitura delle pareti vascolari in seguito dell'aumento della pressione sanguigna nel ventricolo sinistro immediatamente dopo la nascita, o che si è fatta un'emorragia venosa o capillare, determinata da una stasi venosa consecutiva ad una sospensione della respirazione, o vomito, od una tumefazione della milza, o del fegato, o ad atelegtasia muscolare.

Della melena dei neonati; per Lederer. (*Central. Zeit. f. Kinderheilk.* 1877).

Avendo osservato l'Autore diverse emorragie intestinali nei neonati, è colpito dalla poca importanza che gli si accordò nei trattati.

In poco tempo curò 8 neonati, di cui 5 son morti in seguito a violenti emorragie stomacali ed intestinali, accompagnate pure da emorragie dell'ombelico. Il più giovane era nato da 6 ore, il più attempato avea 14 giorni; tutti erano bene sviluppati, di conformazione normale e ben nutriti, ed allattati con latte naturale.

Nei 3 casi guariti, l'emorragia si arrestò in 24 ore, ma restò loro per qualche tempo una certa disposizione al catarro intestinale.

La questione eziologica è oscura e difficile a chiarirsi: l'Autore non crede trattarsi in tutti i casi di embolo; egli rilevò in qualche caso delle predisposizioni alle emorragie negli ascendenti, sia nel padre o nella madre.

Come cura consiglia le applicazioni di ghiaccio al ventre, l'uso interno del sesquicloruro di ferro, del nitrato di bismuto o del tannato di chinina.

Ueber bronchitis im Säuglinsalter, und die histologie der bronchitischen Pfröpfen. (*Della bronchite nei lattanti, e della istologia dei trombi bronchiali*); pel dott. Schlemmer. (*Oester. Jahrb. f. Poediatrik.* 1877).

Fondandosi l'Autore sul fatto che la grande mortalità nei teneri bambini è dovuta all'asfissia, passa in rivista le diverse cause che valgono

a produrla. Ecco le conclusioni alle quali pervenne in seguito alle sue indagini.

1.° Esistono nei casi nei quali, durante il parto, una certa quantità di liquido amniotico e di meconio, è aspirato per una causa qualunque, e che per le conseguenze che ingenera produce la morte solo dopo un tempo assai lungo.

2.° Si osserva nei fanciulli di tenera età, delle affezioni che per i pochi disturbi generali che determinano, passano inosservate a chi li circonda.

3.° A questa età gli oggetti d'abbigliamento, o dei letti messi imprudentemente ai bambini, bastano a produrre la morte per asfissia.

4.° La rigenerazione rapida dell'epitelio, delle mucose nei fanciulli favorisce la morte per asfissia, dando luogo alla formazione dei turaccioli che otturano le vie respiratorie provocando disturbi locali.

5.° Quando una causa meccanica esterna ostacola il libero accesso dell'aria, per es. materie vomitate, liquido amniotico penetrano in queste vie, si trovano queste sostanze dopo la morte, e se ne riconosce la causa determinante.

6.° Le stesse alterazioni macroscopiche che ingenera la bronchite, possono essere indotte da altre cause come il vomito. Ma l'esame microscopico permetterà di distinguere queste differenti specie d'alterazione.

Crotonchloral in pertussis. (*Il crotoncloralio nella pertosse*); pel dott. Robert. (*Lancet*, 1877; *Id. Id.*).

Robert vedendo pochi vantaggi dal chinino che per lo più è vomitato raccomanda il crotoncloralio, il quale è bene tollerato. La dose per un bambino d'un anno è di 1 grano (5 centigr.) ogni 4 ore; da 6 ai 12 anni 2 grani (10 centigr.), pei più adulti 4 grani (20 centigr.). Nei primi tempi il rimedio si darà ogni quattro ore, giorno e notte, anche dovendo svegliare il paziente. Dopo una settimana, si può darlo solo di giorno, e di notte se il bambino è desto. I casi più tristi terminano in genere dopo 14 giorni. Il rimedio non irrita gli organi digestivi, e mentre diminuisce la frequenza, e la durata degli accessi pon fine alle epistassi ed al vomito. Talora le prime dosi irritano la gola, fatto che presto svanisce. A toglierlo fu detto di aggiungervi tintura di cardamomo e glicerina.

Uso dei bagni caldi senapizzati nella pneumonite dei fanciulli; pel dott. Leonardo Weber. (*New York med. Journal*).

L'Autore passa in rivista i diversi metodi di cura consigliati nella pneumonite dei fanciulli, e termina insistendo sull'impiego dei bagni senapizzati caldi. È dal 1869 che egli ha studiato per la prima volta questo agente terapeutico. Rende conto di molti casi in cui la malattia si era mostrata in bambini da 4 a 6 mesi; si avea diagnosticato bronchite capillare e pneumonite; i sintomi erano assai gravi. Così in un caso si aveano 72 respirazioni, 150 pulsazioni ed una temperatura

di 38°,5, cianosi, debolezza estrema. S'impiegarono i bagni, essendo falliti tutti gli altri mezzi, ed il bambino guarì benissimo. In questi bagni si trovano due ordini di agenti, che tutti due fanno sentire la loro influenza alla superficie; la senape dapprincipio che è un irritante della pelle, l'acqua calda in seguito che dilata i capillari, e viene così ad aumentare la quantità di sangue, che si porta verso la superficie del corpo. Quest'effetto diminuisce in gran parte la congestione polmonale, ed il sopracarico del cuore. I bagni stimolano il sistema nervoso, e favoriscono lo scambio del gas che si fa nel sangue attraverso la pelle. Il bagno si prepara facilmente, si aggiunge mezza libbra ad una libbra di farina di senape ad un bagno di bambino, alla temperatura di 38 a 40 centigr. Si mette il bambino nel bagno, e per tutto il tempo che vi resta lo si strofina sino a che la sua pelle diventa rossa, ciò che dura da 7 a 10 minuti; poi si ritira dal bagno, si asciuga con cura, e si mette in un letto bene asciutto.

Le parti genitali possono mettersi a nudo, e senza protezione nel bagno, senza che ne risulti effetto nocivo. Si può ripetere il bagno ogni tre ore. Terminando il dott. Weber chiede se il trattamento antiflogistico della pneumonite, i bagni freddi e le affusioni fredde fossero mezzi vantaggiosi sotto il clima americano.

Il dott. Williams riferisce d'aver veduto 15 casi di pneumonite trattati coi bagni freddi, e le affusioni coll'amministrazione dell'acquavite prima e dopo, e l'aggiunta d'una forte dose di nutrimento. Due guarigioni soltanto, e nessun dubbio che questi ammalati sarebbero guariti senza alcun trattamento speciale.

Il dott. Man indica un caso, nel quale secondo lui, la vita del feto è stata compromessa dalle affusioni fredde. Il fanciullo avea 5 anni; la temperatura si era assai abbassata somministrando dosi di 50 centigr. d'acido salicilico.

Il dott. Weir ebbe sovente occasione di studiare le affusioni fredde nel trattamento della pneumonite dei fanciulli; i risultati, secondo lui, sarebbero disastrosi; un gran numero di fanciulli soccombette in seguito a questo trattamento.

Il dott. Hubbard parla in termine assai favorevole sull'impiego del carbonato d'ammoniaca nella cura della pneumonite; egli lo dà sotto forma d'una mistura che entra in effervescenza col mezzo dell'acido citrico.

Fœtal therapeutics. (*Terapeutica fetale*); pel dott. Clintock. (*British med. Journ.*).

L'Autore lesse alla British medical Association un lavoro, le cui conclusioni sono:

1.° È oggigiorno ammesso che certe malattie, come la sifilide, la roseola, la scarlattina, la febbre intermittente, ecc., contratte dalla madre posteriormente alla concezione, sono suscettibili di trasmettersi al feto.

2.° Alcune esperienze fatte con cura hanno dimostrato che dei me-

dicamenti diversi, amministrati a donne durante la gestazione, possono influenzare il feto, ed essere ritrovati nel sangue, e nelle secrezioni di quest'ultimo.

3.° Osservazioni cliniche stabiliscono il fatto, che si possono ottenere degli effetti terapeutici pel feto, allorquando si amministrano certi medicamenti alle madri per un tempo sufficiente avanti il momento del parto.

Sul modo di ricettare nei fanciulli; del dott. Farguharson.

Alla *British Medical Association* (sezione di Manchester) il dottor Farguharson si meraviglia di riscontrare un sì piccol numero di persone capaci di amministrare i medicamenti ai fanciulli: quasi ovunque infatti si proporziona la dose all'età dei piccoli soggetti, mentre che questi sopportano soventi meglio degli adulti dosi elevate di questo, o di quel veleno: assimilazione più rapida, disassimilazione più completa che nell'adulto, tali sono senza dubbio le cause di simile stato di cose Dopo queste considerazioni generali, l'Autore entra nei dettagli di fatto particolari: egli amministro relativamente dosi elevate di bromuro di potassa; avendo però rimarcato che l'joduro di potassa è molto meno tollerato. L'arsenico s'impiega senza causare accidenti alla dose di 6 goccie ad un fanciullo di 6 anni: l'Autore lo spinse sino a 16 goccie per giorno ad una bambina di 10 anni affetta da psoriasi inveterata: si può egualmente amministrare l'acido prussico alla dose di 1 a 2 goccie: come si conosce da tempo che i vomitivi devono somministrarsi ai fanciulli a larga dose. Ma ove rilevansi le differenze che permisero all'Autore di considerare i fanciulli come più refrattarii degli adulti ai medicamenti, è nell'impiego della belladonna. Da qualche anno Fuller avea segnalato questo fatto: il dott. Farguharson l'ha soventi verificato: somministrò spesso 25 a 30 goccie di tintura di belladonna a fanciulli da 15 mesi a 5 anni: rimarcò inoltre che più il fanciullo è giovane, meno rapidamente appariscono i sintomi tossici: parimenti in un fanciullo di 10 anni, tre a 6 grammi non cagionano accidenti, mentre che 10 goccie per giorno portano nell'adulto ben soventi secchezza alla gola,

Della belladonna nella terapeutica infantile; del dott. Simon. (*Gazz. obst.*, 1878).

Le osservazioni di Giulio Simon sulle dosi alle quali bisognano amministrare i medicamenti nella terapeutica infantile si estendono specialmente alla belladonna.

Materia medica. — Estratto. — L'estratto del succo depurato, e l'estratto alcoolico di belladonna s'impiegano a preferenza della polvere delle foglie. Si incorpora alla dose di 4 grammi in 30 grammi di sugna benzoinata (pommata), o di olio di belladonna (linimento), Simon raccomanda contro molte affezioni dolorose la seguente mistura: Estratto di belladonna gr. 4 — Estratto di cicuta gr. 4 — Laudano di Rousseau gr. 2 — Sugna benzoinata od olio di josciamo gr. 30.

Tintura. — Non si deve impiegare l'alcoolatura fatta con le foglie

fresche, perchè è troppa attiva. La tintura alcoolica è più generalmente impiegata; questa è tollerata dai fanciulli molto meglio di quello che non si è tentato a crederlo. Così il Simon ha potuto, con dosi crescenti frazionate, dare a dei fanciulli di 3 anni fino a 40 goccie di tintura, nei casi di tosse canina; a fanciulli di 4 anni fino a 60 goccie; infine a una fanciullina di 13 anni fino alla cifra di 120 goccie.

Queste dosi sono enormi e produrrebbero ad un adulto degli effetti relativamente più intensi; è altresì giusto aggiungere che nella pratica ordinaria basta prescrivere la tintura di belladonna a dose generalmente doppia di quella alla quale si prescrive la tintura d'oppio. Ai fanciulli dell'età di 2 anni si comincierà da 3, 4, 5 goccie; al partir dei 3 anni da 5 a 10 goccie due volte al giorno; ai fanciulli più avvanzati, di 4, 5, 10 anni si può darle 20, 30, 40 goccie, alla condizione di dividere queste dosi in 3, 4, 6 dosi almeno nelle 24 ore.

Si riconosce, del resto, che la belladonna non è più tollerata, allorchè la pelle del viso si anima ed arrossa, che gli occhi divengono brillanti, che le pupille si dilatano, che il carattere diventa irritabile.

Sciroppo. — 30 grammi di sciroppo di belladonna racchiude 0gr.10 d'estratto. Lo si dà nella dose di 1 a 2 cucchiai da caffè, cominciando dai 2 anni.

Atropina. — Principio attivo della belladonna, s'impiega allo stato di solfato solubile; s'amministra ai fanciulli in una soluzione a millesimo; di cui 20 goccie pesano 1 gramma e contengono un milligramma di alcaloide (atropina 0,01; acqua distillata, 10 grammi).

b) *Azione fisiologica.* — Noi non possiamo riprodurre qui tutte le considerazioni del Simon sopra questo punto così importante e circondato ancora di tanta oscurità. Ma siamo felici di vedere con quale chiarezza è stato riassunto nelle linee seguenti:

« La belladonna sembra dapprima eccitare i vasi costrittori; dappoi diminuisce le secrezioni, nasce anestesia retinea e cutanea, e in parte può esservi dilatazione della pupilla. La tensione sanguigna è aumentata, il cuore si rallenta, e la secrezione orinaria s'esagera. A un grado più elevato, i vaso-motori si paralizzano per rifinimento (periodo di reazione, effetti negativi) (Gubler) e dei fenomeni d'un ordine inverso, injezione della faccia e degli occhi, eruzione scarlatiniforme, diarrea, delirio possono essere osservati.

c) *Sinergici ed antagonisti.* — Le solanacee virose, e le piante del genere atropa sono sinergiche della belladonna (mandragora, lobelia, datura), lo stesso che la china china e il bromuro di potassa.

Gli antagonisti sono gli oppiati, gli alcoolici, gli stimolanti diffusivi, la fava del Calabar e il suo alcaloide, l'eserina.

I contravveleni sono: il tannino, il the, il caffè e l'ioduro di potassa.

d) *Indicazioni e controindicazioni.* — Associata all'alcoolatura d'aconito, la belladonna è uno degli agenti più preziosi della terapeutica infantile.

Nelle bronchiti, essa diminuisce la secrezione mucosa e combatte l'elemento spasmodico; nella laringite stridula, è utile a quest'ultimo titolo.

La belladonna, associata a diversi medicamenti, è divenuta il medicamento in qualche caso popolare della tosse canina.

A questo soggetto il Simon ha riassunto davanti ai suoi allievi il trattamento di questa affezione in modo sì magistrale, che noi non esitiamo a trascrivere letteralmente l'ultima parte della lezione.

« Voi sapete che nella tosse canina tre periodi possono essere distinti; un periodo acuto, durante il quale non esiste che una bronchite, ma donde il carattere spasmodico, e restio può fare già sospettare la natura, poi questa bronchite invece di spegnersi aumenta, gli accessi si ravvicinano e hanno luogo soprattutto la notte, lo stato generale del fanciullo non è così grave come potrebbe farlo supporre una tosse tanto penosa e ostinata, e la malattia entra allora nel secondo periodo, che è caratterizzato da accessi di tosse espiratorii, convulsi, interrotti a ripresa, ecc.

Nel terzo periodo infine l'enfisema polmonare, complicazione necessaria della tosse canina, che si può considerare come uno de' suoi fattori, l'adenopatia bronchiale, conservano durante un tempo più o meno considerevole, una tosse che conserva ancora una parte del suo carattere primitivo.

« Così è, in poche parole, signori, il quadro generale dell'affezione che voi dovete se non guarire, ajutare e attenuare. La tosse canina checchè si faccia dura due o tre mesi, ma voi potete diminuire il carattere spasmodico degli accessi, renderli meno frequenti, meno intensi e perciò prevenire gli accidenti che, nella tosse canina, sono il risultato degli sforzi della tosse (emorragie, ernie, caduta dell'intestino retto, ecc.). Infine nel terzo periodo voi agirete efficacemente contro l'adenopatia bronchiale.

« Nel suo primo periodo, voi curerete la tosse canina come una bronchite; tenere il fanciullo a letto, applicargli delle falde di ovatta e dei rivulsivi, gli si darà inoltre, a cucchiai da caffè, la pozione seguente.

Tintura di belladonna	10 goccie
Alcoolatura di radice d'aconito	10 »
Acqua di lauro-ceraso	2 grammi
Acqua di tiglio	100 »
Acqua di fiori d'arancio	10 »
Sciroppo di lattucario	30 »

« Nel secondo periodo si amministrerà un vomitivo due volte per settimana, per sbarazzare le vie aeree dalle mucosità iche mantengono la tosse ed ostacolano l'ematosi; di più prescriverà, da prendere mattina e sera od anche in due o tre volte nella giornata, dapprima 10 goccie, poi fino a 20 o 30 della mistura seguente.

Alcoolatura di radici d'aconito	5 grammi
Tintura di belladonna	5 »

raccomandando di dare al fanciullo un po'di caffè nero per combattere l'azione tossica del medicamento.

« Si consiglierà infine, se gli accessi sono assai frequenti, e spesso seguiti da vomiti tali disturbare l'alimentazione del fanciullo di farlo mangiare subito dopo i vomiti. Gli alimenti saranno allora tollerati ed accettati dal fanciullo con molta più facilità che non si attenderebbe dapprima.

« Nel terzo periodo, la belladonna sarà associata ai tonici (china china, oglio di fegato di merluzzo); è a questo periodo che il cangiamento d'aria riesce maggiormente benefico.

« Nelle *malattie dell'apparecchio digerente*, la belladonna, molto meno impiegata dell'oppio, trova ancora qualche indicazione utile.

« Nelle giovinette la *mestruazione* non si stabilisce talvolta che con difficoltà, senza parlare della clorosi e degli accidenti nervosi che segnano quest'epoca critica.

La prima mestruazione è sevente, difficile e dolorosa, si darà allora la belladonna per goccie e associata all'oppio nella proporzione seguente :

Tintura di belladonna	. . . . . .	5 grammi
Elisir paregorico	. . . .	10 »

Mantenendo sul basso ventre dei cataplasmi di foglie di belladonna imbevute d'olio di giusquiamo composto (balsamo tranquillo).

« Nella *stitichezza dolorosa* accompagnata da coliche, da premiti e da tenesmo anale, nelle ragadi all'ano, estremamente rare del resto nel fanciullo, e l oggetto d'una cura puramente chirurgica, voi otterrete dei buoni effetti da una mescolanza a parti eguali di tintura di cannella, di belladonna e di colombo presa nella dose di 4 a 10 goccie prima del pasto. Nelle ragadi incorporate la belladonna alla sugna ungendo di questa pomata le parti affette.

« Nella *incontinenza d'orina* allorchè la persuasione, le precauzioni igieniche avranno fallito, allorchè, per esempio, quest'incontinenza sarà il sintomo d'una nevrosi dell'innervazione vescicale, o d'una manifestazione dell'epilessia, la tintura di belladonna nella dose di 5 a 10 goccie, date in clisteri, od in pozioni, associate alla canfora ed al muschio dovrà essere tentato. Bretonneau e Trousseau l'hanno impiegata in questo caso con gran successo.

Come anafrodisiaco combinata con il muschio, la canfora ed i mezzi igienici coercitivi e morali, la belladonna riesce contro la mansturbazione.

Infine Simon ha terminato questa istruttiva lezione debitamente giudicando la singolare idea d'Hahnemann e di Hufeland che pretendevano sventare la scarlattina colla belladonna. Questa può essere impiegata in tutte le febbri erutive, ma come semplice stimolante della pelle.

Dell'aconito nella terapeutica infantile; del dott. Simon. (*Gazz. obst.*, 1878).

L'aconito, che Simon associa frequentemente alla belladonna, è stato egualmente l'oggetto d'una lezione clinica raccolta dal dott. Chambord.

Noi ne riassumeremo i punti principali in questo studio.

Si sa che l'aconito appartiene alla famiglia delle ranuncolacee, che quello dei nostri giardini è pressochè senza azione, mentre gli aconiti di Svizzera e dei Vosgi sono assai energici e molto impiegati. Contengono molti alcaloidi, le aconitine, che essendo di troppa forza non possono essere usate nei fanciulli.

L'alcoolatura delle foglie e dello stelo è press'a poco inerte e lo stesso Simon ha potuto darne a un fanciullo di 2 anni un cucchiajo da caffè senza ottenere effetto tossico. L'alcoolatura di radici è invece assai attiva ed efficace. Si deve preferire quella dei Vosgi che è meno attiva di quella della Svizzera e del Delfinato.

Dosi. — L'alcoolatura di radici d'aconito può essere data a dosi abbastanza forti, a condizione di cominciare con delle dosi deboli e frazionate. Giulio Simon ha potuto darne a un fanciullo di 2 anni e mezzo fino a 30 goccie, ad un fanciullo di 4 anni fino a 60 goccie, cominciando con 10, ma egli prescrive abitualmente 10 goccie d'una mescolanza a parti eguali di tintura di belladonna e d'alcoolatura di radici d'aconito, da prendere in due volte 5 goccie la mattina e 5 goccie la sera.

Azione fisiologica. — In generale l'aconito ha un'azione depressiva sull'innervazione cardiaca e vaso-motrice e può servire a regolarizzare e a calmare i movimenti del cuore e del torace, a diminuire la sensibilità dei nervi iperestesici ed a scemare le secrezioni dei bronchi.

A dose elevata essa provoca una prostrazione generale, di cui bisogna diffidare.

Indicazioni terapeutiche. — L'aconito conviene in tutte le affezioni catarrali e spasmodiche delle vie respiratorie presso i fanciulli. Dotata a questo riguardo delle medesime proprietà della belladonna e per una parte di quelle dell'oppio, non ha come essi l'inconveniente d'impressionare il cervello, per questa ragione Simon l'amministra come correttivo di questi due medicamenti.

Nella *laringite spasmodica* egli dà la pozione:

Alcoolatura di radici d'aconito . .	4 a 10 goccie
Etere	2 »
Siroppo di belladonna	5 grammi
Siroppo di fiori d'arancio . . .	30 »
Acqua di tiglio	100 »

Nelle *bronchiti ad accesso* bisogna prendere da 2 a 10 goccie della mistura:

Alcoolatura d'aconito	5	grammi
Tintura d'alcool di belladonna . . .	10	»
Elisir paregorico	5	»

Egli combatte l'*adenopatia bronchiale* quasi fatalmente legata, presso i fanciulli, alle affezioni toraciche aggiungendo alle formole precedenti le tinture di cicuta e di digitale, che hanno per effetto di diminuire la congestione periganglionare, e l'eccitabilità del plesso cardiaco-polmonare.

Alcoolatura d'aconito	10	grammi
Tintura di belladonna	2	»
Tintura di cicuta	1	»
Tintura di digitale	0,50	»

Dandone da 5 a 10 goccie mattina e sera.

Il Simon non impiega l'aconito che con riserva nella bronco-pneumonia e la pneumonia a causa della prostrazione delle forze, egli preferisce la belladonna e gli alcoolici. Invece preferisce l' aconito alla belladonna allorchè vi sono sintomi d' eccitazione cerebrale. Al principio della *rosolia* egli aggiunge alla belladonna e all' aconito una debole dose d' oppio (sotto forma d'elisir paregorico) che ha il vantaggio di favorire l'eruzione.

Nelle *malattie di cuore* è sovente utile d'associare l'aconito alla digitale. Infine l'aconito può essere impiegato come *antipiretico* ed *antinevralgico* ed in certe affezioni nervose come nella corea.

Osservazione d'imperforazione anale complicata a fistola vescico-vaginale; pel dott. Still. (*Boston med. and surgical Journal* 1878).

L'Autore presentò di recente alla Società Medica di Strafford, un caso di atresia anale, accompagnato da fistola vescico-vaginale, che tenne luogo di ano artificiale per gran numero di anni, senza che si avesse potuto conoscere la vera natura di questo vizio di conformazione. Questa fu scoperta a caso dal dott. Still praticando un esame collo speculo.

La paziente è maritata, è madre di 7 figli. Il perineo è assai ristretto, e la sede dell'ano e indicata da una piccola depressione della pelle. Coll'esplorazione si scopre sulla parete posteriore, o vicino alla vulva un orificio che ammette facilmente l'introduzione del dito indice. Sembra pure che esista attorno a quest'orificio fistoloso, una specie di sfintere, poichè il dito s'accorge di certa contrazione.

Trattasi probabilmente d'una fistola accidentale, che rimonta a data antica. L'ammalata racconta che da ragazza cadde da un albero, ed un ramo penetrò in vagina, e produsse una lacerazione che non volle curasse il medico di casa. Questi prescrisse allora uno zaffo bagnato di olio in vagina per impedire le aderenze. Guarì quindi colla fistola la cui esistenza dissimulò al marito ed al medico che l'assistette nei parti.

Ueber congenitale occlusionen des dunndarms. (*Delle chiusure congenite dell'intestino tenue*); del dott. Theremin. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie*, 1877).

L'Ospizio degli Esposti di Saint-Petersbourg raccolse nel 1857 più di 150,000 bambini, tutti i morti si sezionarono, e fra essi si notò 9 volte la chiusura congenita dell'intestino. Su questi l'Autore basò le sue osservazioni: il lavoro è fondato su divisioni anatomiche.

1.° *Restringimento e chiusura delle due prime porzioni del digiuno.* — In tal caso l'intestino ha disposizione normale, non chè il peritoneo, il grande epiploon è pochissimo sviluppato. Le pareti dello stomaco sono spesse, e sede di ulceri rotonde, ed emorragie capillari (conseguenza dello sforzo del vomito). Lo stomaco, e la parete superiore del duodeno assai dilatati, come il piloro. Nel caso di restringimento le due parti del duodeno comunicano per un canale obbliquo, la cui apertura superiore è chiusa da ripiegatura mucosa, e funziona come una valvola. Il coledoco si apre alla sommità del cul di sacco formato dalla porzione inferiore del duodeno. Questo, l'ileo, ed il crasso sono assai contratti, e vuoti di gas: si trova un po'di meconio nel colon discendente. In vita scariche rare.

2.° *Chiusura del digiuno-ileo.* — La chiusura è semplice o multipla; in generale all'ileo, ma di preferenza la rinvenne vicino alla valvola ileocecale: l'occlusione non è mai determinata da chiusura mucosa, ma l'intestino si rinserra a fondo cieco. I due capi chiusi ora trovansi in contatto, ora separati per uno spazio più o meno esteso. In questi casi l'intestino ha configurazione normale, l'epiploon è poco sviluppato, i legamenti peritoneali spessi, le ghiandole mesenteriche talora voluminose. Al di sotto dello stringimento, e nella porzione compresa fra i due stringimenti sonvi secrezioni intestinali.

3.° *Chiusura della terza porzione del duodeno.* — In due casi raccolti da Theremin l'occlusione risiedeva al di sotto dell'apertura del canale coledoco, all'angolo della seconda, e terza porzione del duodeno. Gli organi addominali occupano il posto normale, il mesenterio è breve ed assai spesso. Le porzioni inferiori del tenue sono assai contratte: il colon racchiude un poco di meconio.

4.° *Strangolamento interno congenito del tenue.* — L'Autore ne ebbe un caso. Un bambino di 3 settimane morì coi sintomi d'ostruzione intestinale: all'autossia si trovò un'ansa intestinale manifestamente strangolata fra due briglie peritoneali. In altri casi lo strangolamento interno risulta da un attorcigliamento dell'intestino attorno al mesenterio. L'Autore ne riporta un caso assai singolare.

5.° *Occlusione congenita prodotta da tumori.* — Theremin menziona questa classe d'occlusioni intestinali, che nulla peraltro offre di comune colle mal formazioni precedenti. Ne riporta un esempio tolto a Wiederhofer: si tratta di un cancro alveolare del fegato, che invase un' ansa del digiuno, e si attortigliò sul suo asse. A quale causa riferire queste occlu-

sioni congenite del tenue? La teoria degli arresti di sviluppo non può essere invocata, come lo è per le imperforazioni dell'ano. In qualche caso Theremin ha potuto constatare la presenza dei segni indicanti un'infiammazione del peritoneo: attribuisce poi gran valore alla brevità del grande epiploon, alla tumefazione delle ghiandole mesenteriche: ritiene quindi le occlusioni congenite dell'intestino determinate da peritoniti insorte durante la vita fetale, al momento in cui l'intestino ha diggià la sua conformazione normale, od ha diggià cominciato a funzionare, od a ricevere della bile, come lo provano le materie in esso contenute.

Dell'anestesia col cloralio per l'estirpazione dei denti, e le operazioni chirurgiche nei fanciulli; del prof. Bouchut.

Allorquando nel 1869 feci conoscere, dice il Bouchut, nella *Gazette des Hôpitaux* le proprietà anestetiche del cloralio nei fanciulli, questo fatto annunciato da Liebreich era sconosciuto in Francia.

Fu il momento in cui indicai questa sostanza come il migliore rimedio delle corее violenti e gravi. Dopo d'allora per le esperienze quotidiane, e per le osservazioni ripetute di questa anestesia, ha confermato le mie prime affermazioni.

Più di 10,000 fatti ne fanno fede, poichè nel mio servizio tutti i giorni da nove anni, da 4 ad 8 ammalati prendono il rimedio a dose anestetica.

È dunque questo un fatto acquistato alla medicina dei fanciulli, e dico medicina dei fanciulli, perchè simile risultato non si osserva nell'adulto.

Forse si otterrebbe l'anestesia nell'adulto, se si potesse giungere a far inghiottire la dose sufficiente, ma l'adulto a tale ripugnanza pel gusto acre del cloralio che lo rigetta, o vomita, ed al disopra di 4 o 5 grammi l'impiego è assai difficile.

Ciò che vi ha di certo per me si è che io non posso fare sopportar il cloralio ad un adulto, come lo vede prendere e sopportare dai fanciulli. All'uomo si può eccitare del sonno, ed assopire col cloralio, ciò che permette di impiegarlo nel parto, ma di là all'insensibilità completa v'è bel tratto.

Nei fanciulli al contrario l'amministrazione del cloralio è facile. Qui all'Ospitale la mia religiosa non ha mai trovato fanciulli che non ne sentano gli effetti. Tutti i bambini prendono questo medicamento, e non vomitano. Secondo l'età ne dò uno, due, tre o quattro grammi, al di sotto dei sette anni non bisogna passare i tre grammi; e due grammi fra tre e cinque anni possono darsi senza danno.

Si dà la dose in una volta, sciolto in 100 grammi di veicolo assai zuccherato. Una mezz'ora dopo i fanciulli s'addormentano, e mezz'ora dopo essi sono insensibili.

Questo sonno dura da tre a sei ore, indi si destano, ed i fanciulli non provano nulla di disaggradevole. Essi mangiano e godono come il

solito; si può ripetere l'indomani, ed i giorni seguenti la dose, se ciò è necessario.

Nella corea vi hanno fanciulli che prendono tali dosi un mese di seguito senza inconveniente, ed ho veduto dei fanciulli che in un mese inghiottirono cento e centoventi grammi di cloralio.

Per eccezione, come nella cloroformizzazione vi ha un periodo di ebbrezza, o di eccitazione precedente il sonno anestetico, ma ciò è assai raro: io non l'osservai 10 volte in dieci mille casi.

Una volta arrivato il sonno anestetico del cloralio, si può utilizzarlo per un gran numero d'operazioni chirurgiche. Esso non ha altro inconveniente che quello di lasciare i fanciulli addormentati per tre o quattro ore dopo l'operazione.

Non ha giammai del danno, e non ha mai accidenti a combattere, ne da lamentare. Una sol volta, nel Belgio, si citò un caso di morte, ma si aveano date cinque grammi ad un fanciullo di soli tre anni. Ora a questa età non se ne amministrano che 2 grammi, dunque quello fu errore di dose, che non ricade sul medicamento.

Detto questo, aggiungo di non eseguire una piccola operazione nel mio servizio — estirpazione di denti contro le nevrosi della seconda dentizione — distruzione dei tumori erettili coi caustici — applicazione del caustico di Vienna — apertura d'ascessi — toracentesi per l'aspiratore — raddrizzamento delle attitudini viziose, e delle anchilosi — senza servirmi di questo mezzo d'anestesia, e l'operazione si termina senza che il bambino ne soffri, od abbia lottato contro l'operazione. Nei fanciulli è un risultato della più alta importanza: si evitano così le scene di contrasto, e di violenza che accompagnano le operazioni che si è obbligati di fare nei fanciulli.

Se vi avesse alcun danno per la vita degli ammalati con questo mezzo, non bisognerebbe pensare al suo uso, ma siccome non ve ne ha può impiegarsi nei fanciulli questo mezzo d'anestesia chirurgica. Allorchè non si tratta che di ottenere l'anestesia, qualora non si impieghi il cloralio per la bocca e lo stomaco si può servirsi del retto, ed applicarlo per clistero, o suppositorio alla stessa dose.

Si prescrive un clistere d'acqua di malva (100 grammi con 1, 2, 3 di cloralio), ma siccome può essere respirato, ed allora non vi ha anestesia, ed operazione possibile, val meglio ricorrere ai suppositorj.

Questo suppositorio deve essere fatto col balsamo di cacao fuso con un quarto di bianco di balena, o spermaceti; senza ciò l'incorporazione del cloralio è impossibile. Si fa mettere allora la dose richiesta di cloralio nel suppositorio, che s'introduce nell'ano perchè s'inoltri nel retto. Una volta fuso, il suppositorio lascia libero il cloralio che viene assorbito, e che come quello d'un clistere, determina l'anestesia.

Pel retto il cloralio produce adunque gli stessi effetti che per la bocca: solamente, se bisogna continuare a lungo l'uso del rimedio, questa via d'introduzione è cattiva. Ecco perchè: la mucosa rettale sopporta

bene il cloralio due o tre volte, ma alla quarta s'infiamma, e porta un tenesmo più o meno doloroso. Non avviene lo stesso nello stomaco dei fanciulli; io ho potuto amministrare tutti i giorni durante un mese, tre grammi di cloralio senza inconveniente, e senza produrre gastralgia, vomito o diarrea.

Perchè questa differenza d'azione e di effetto? Non saprei dirlo ma il fatto è così.

È evidente che il cloralio è acre ed irritante. Le esperienze sugli animali ne fanno fede, ed io vidi al Congresso di Bruxelles un disegno rappresentante la mucosa digestiva d'un animale avvelenato col cloralio, che portava tracce assai evidenti d'infiammazione mucosa.

Sotto questo rapporto non vi ha dubbio. Gli adulti si lamentano dello stomaco dopo d'averlo preso. È dunque un irritante della mucosa gastro-intestinale.

Malgrado ciò i fanciulli lo prendono a lungo per bocca senza sintomo di gastro-enterite. Non perdono l'appetito, non hanno lingua bianca, ne soffrono. Essi hanno una tolleranza che non offre l'adulto, differenza importante a conoscersi. In riassunto:

Nei fanciulli il cloralio è meglio sopportato di quello sia nell'adulto.

Nei fanciulli si può amministrarlo a lungo senza danno.

Secondo l'età, 1, 2 o 3 grammi e più dato per lo stomaco produce anestesia completa che dura da 3 a 5 ore.

Per clistere, o suppositorio produce gli stessi effetti.

L'anestesia facile ad ottenersi nei fanciulli si utilizza per l'estirpazione dei denti, e varie operazioni chirurgiche.

Ueber diabetes mellitus; (*Del diabete mellito*) del dott. Redon. (*Oster. Jabrb. f. Poediatrick.* 1877).

In una comunicazione alla Società di biologia (7 aprile 1877), il dottor Redon espose 32 osservazioni di diabete mellito nei fanciulli. Come nell'adulto entrano quali cause una diatesi dei genitori. Gotta, scrofola, malattie cerebro-spinali. Più della metà dei casi appartiene a fanciulli fra 9-12 anni. Contro l'opinione di Seegen, Cantani ed altri, stima l'Autore che la detta affezione sia più frequente di quanto si crede in generale.

I sintomi sono eguali a quelli dell'adulto; la poliuria è costante, la polifagia si trova in 4|5 dei casi, l'autofagia assai rapida, ed assai accentuata. I segni fisici di affezione polmonale, se esistono sono meno apparenti. In un solo caso osservò emoftoe: la tisi è relativamente rara (4 su 22), i fanciulli finiscono d'ordinario per marasmo. Ben significanti sono i fenomeni di alterazione di carattere: i pazienti sono da principio inquieti, ed eccitabili, diventano più tardi taciturni. La durata della malattia è in genere tanto più breve quanto più il soggetto è giovane; il caso più lungo fu una ragazza di 12 anni, che durò, 3 1|2 anni. Quelli che guarirono la durata fu da 15 giorni ad 1 mese.

La diagnosi della malattia non è difficile, è però importante fare un

esame delle orine tutte le volte che un fanciullo presenta sintomi d'indebolimento, e soprattutto incontinenze d'orina. Come è importante per la prognosi conoscere l'intensità del diabete, cioè di dosare lo zucchero contenuto nelle orine delle 24 ore.

La prognosi è assai grave (10 guariti sopra 32), meno quando si oppone al principio un trattamento razionale.

L'Autore deduce quindi le conclusioni seguenti:

1° In un certo numero di casi, la prognosi non ha molta gravezza: caso di diabete per le vie digestive;

2° In altri casi la prognosi è subordinata alla precocità, ed al genere di cura: questi sono i casi più numerosi;

3° Nei casi a decorso acuto, con aspetto tifoideo, la prognosi è fatale.

La cura comprende il regime, l'igiene, e la medicazione.

Ueber di Anwendung des Natron salicylicum in fieberhaften Krankheiten des kindlichen Alters. (*Impiego del salicilato di soda nelle affezioni febbrili dei fanciulli*); del dott. HAGENBACH. (*Oster. Jahrb. für Poediat.* 1877).

L'Hagenbach riferisce i risultati di 72 casi morbosi, e 296 osservazioni proprie circa l'azione del salicilato di soda. Questi 72 casi comprendono 21 tifo, 11 scarlattine, di più casi di pneumonite, croup, difterite, pleurite, resipole, affezioni articolari in fanciulli dall'età di 1 fino a 15 anni.

L'Autore adopera questo rimedio entro breve tempo, per lo più fra 1[2 ad 1 ora, ordinariamente in due volte, ed ottenne nella maggior parte dei casi l'effetto desiderato nel seguente modo:

Sotto un anno oscillò la dose fra			. . .	1-0 e 1-5	grammi
Da 1 a 2 anni	»	»	» . . .	1-0 e 2-5	»
Da 3 a 5 »	»	»	» . . .	2-0 e 4-0	»
Da 6 a 10 »	»	»	» . . .	3-0 e 5-0	»
Da 11 a 15 »	»	»	» . . .	3-5 e 7-0	»

Qual dose media considera l'Autore:

Pei fanciulli	sotto 1 anno		. . . . . .	1-0	grammi
»	»	da 1 a 2 anni	. . . . .	1-5 a 2-0	»
»	»	» 3 a 5 »	. . . .	2-5 a 3-0	»
»	»	» 6 a 10 »	. . . .	3-5 a 4-0	»
»	»	» 11 a 15 »	. . . .	4-0 a 5-5	»

Hagenbach somministra il salicilato di soda come il chinino per lo più nelle ore mattutine, ove la temperatura mostra tendenza ad abbassarsi, fino verso il giorno, ed ordinario solo quando nell'ascella la temperatura è sotto 39°,5. Negli individui nervosi irritabili solo a piccole dosi seguono forti remissioni: queste toccano 1,5-4,0, e talora la diminuzione di temperatura segue dopo 3 ore: dopo 6 ore nella massima parte dei casi succedono le più grandi remissioni. In un certo numero

di casi si osserva ancora dopo 12 ore un evidente effetto, il quale in alcuni si prolungò a 24-36 ore, mentre in altri la temperatura dopo 3 ore riascese.

Hagenbach osservò specialmente dopo la presa del rimedio un rapido aumento, ed una irregolarità del polso, quindi coll'abbassamento della temperatura una enorme (soprattutto nei piccoli fanciulli) diminuzione della frequenza del polso e della respirazione.

Per quanto spetta all'effetto del salicilato di soda sugli organi digestivi, l'Autore osservò non di rado (circa 1 sopra 5) il vomito subito dopo l'amministrazione del rimedio, talvolta 1/4 o 1/2 più tardi, però in quest'ultimo caso successe una completa remissione; prova del rapido riassorbimento del rimedio, le cui ultime parti vengono d'ordinario trattenute. La diarrea che talora prende dopo la presa del salicilato di soda, cessa rapidamente, e non occasiona così persistenti disturbi di digestione quanto il chinino.

Da parte del sistema nervoso l'Hagenbach osservò, dopo la sommi nistrazione anche di dosi medie, considerevole irrequietudine dei piccoli pazienti, che però cedeva colla remissione della febbre. Colle dosi accennate dall'Autore rarissime volte vide eccitarsi sintomi di collasso. I disturbi uditivi non li notò così forti, come nelle corrispondenti dosi di chinino. Come fenomeno più costante delle remissioni febbrili pel salicilato di soda rinvenne l'Autore in 2/3 dei suoi casi un abbondante sudore, che non si ebbe nell'altro terzo durante la remissione. Se ne migliora il sapore coll'aggiunta del siroppo d'arancio, o del succo di liquirizia.

Confrontando il salicilato di soda, ed il chinino, trae le seguenti conclusioni: il salicilato di soda produce remissioni più forti, e più rapido decrescere che il chinino; ha sugli organi digestivi un'azione meno continua e meno intensivamente ingrata, viene preso più volontieri; oltracciò trova l'Hagenbach l'assieme del trattamento febbrile realmente molto semplificato.

Paralysis (nearly universal) in a Child, following Exposure to Heat. (*Paralisi (quasi generale) in un fanciullo in causa d' esposizione al calore*); dei dottori Andrew e Dyce Duckworth. (*The Lancet*, aprile).

Una bambina di anni 2 1/2, un po' rachitica fu portata all'Ospitale S. Bartolomeo, paralizzate le membra e gli sfinteri: sembrando poi che l'anestesia si accompagnasse su tutti i punti della paralisi motrice; i muscoli delle membra non rispondevano punto allo stimolo faradico. Nessun fenomeno cerebrale, ne' dati importanti al petto od all'addome, eccetto un po' d'aumento del fegato legato al rachitismo. Stette sempre bene fino al principio di questa malattia; la fanciulla si espone ad un grande calore durante un viaggio in ferrovia. Il 1° luglio 1876 avanti di imbarcarsi per l'Inghilterra si espone ai raggi d'un sole ardente, e perde subitamente l'uso delle gambe, conservando però la conoscenza. Durante la traversata, ebbe momenti di delirio, e di irritabilità. All'O-

spitale si istituisce una cura tonica. Al termine di qualche giorno si prescrisse largamente la belladonna, e la corrente faradica applicata ogni giorno ai muscoli paralizzati. Si operò un miglioramento graduale in tutti i sintomi, e la forza ritornò da principio nelle braccia: intercorrentemente sopravvenne una bronco-pneumonite, che si dissipò bentosto; inoltre la paziente emise un lombrico. Tre settimane dopo l'ammissione le forze ritornarono negli sfinteri, e la bambina poteva mangiare solo; vi avea contrazione dei muscoli sotto l' influenza della faradizzazione. La belladonna fu sospesa, messi in opera la stricnina ed il ferro; mai s'impiegò il galvanismo. Dopo due mesi, apparve albuminuria ed un po' d'anasarca, che durarono 4 settimane. L'esame ottalmoscopico nulla rilevò d'anormale. La ricuperazione delle forze sensitive e motrici ebbe luogo gradualmente, e 4 mesi dopo il primo attacco morboso, la fanciulla era completamente guarita. Gli autori unirono al loro lavoro una tavola giornaliera del polso, della respirazione e della temperatura.

Qual diagnosi dovrebbe portarsi in presenza d' un simil caso? Si credette in primo luogo ad una paralisi infantile in causa dell' età, della salute anteriore, dell'assenza di fenomeni cerebrali, e della contrazione elettrica dei muscoli; ma l'anestesia ed il rilasciamento degli sfinteri si accordano male con questa interpretazione, e la guarigione completa susseguentemente ottenuta terminò di renderla inaccettabile. Insomma, tutto bene considerato, gli autori pensano trattarsi d'una forma speciale di colpo di sole, o di calore: la sua azione avrebbe affetto particolarmente il sistema spinale, e la gravezza degli effetti prodotti, potrebbe in una certa misura, essere attribuito alle cattive condizioni individuali del soggetto. Forse vi ha avuto concorrenza d'un'affezione muscolare colla lesione spinale, affezione dovuta egualmente al calore. Se si fosse chiamato al principio d' un caso simile avrebbe convenuto ricorrere alle affusioni fredde, ed alla serie dei mezzi impiegati contro il colpo di calore.

Report on the experimental use of Amyle Nitrite in ten cases of pertussis. (*Relazione sull'uso del nitrito di amile in* 10 *casi di pertosse*); del dott. Bayles. (*Medic. Monthly Journ.*).

Il dott. Bayles usò le inalazioni di nitrito d' amile puro, e con buon esito trovando in esso un mezzo diretto contro la frequenza della tosse, e l'energia dei parossismi. Internamente amministrava oltreciò il chinino in dose corrispondente all'età.

I succitati 10 casi appartengono a soggetti giovani, da 5-10 mesi; l'effetto della inalazione, che si ridusse ad una goccia, fu quella di modificare i parossismi, l'inspirazione caratteristica sonora, arrestare il vomito, e quindi la tosse prendeva l' ordinario carattere bronchiale. Nei fanciulli giovanissimi lasciava cadere una goccia sul fondo d'un' ordinaria tazza di thè, facendola inspirare ai bambini, purchè gli orli della tazza non toccassero la superficie della pelle. L'inalazione deve comin-

ciare quando la tosse minaccia e cresce in frequenza. L'Autore non osservò effetti svantaggiosi dal rimedio.

Degli spandimenti pleuritici nei fanciulli; del dott. TH. BARLOW e W. PARKER. (*The Brith. med. Journ.*).

In questo lavoro gli autori insistono soprattutto sulle difficoltà di diagnosi degli spandimenti pleurici nell'infanzia: sulla difficoltà che si prova a riconoscere se si abbia a fare con uno spandimento purulento: sul decorso naturale degli spandimenti, infine sui metodi di cura che parvero dare i migliori risultati.

Ben soventi infatti, nel fanciullo, mancano la più parte dei segni classici dello spandimento pleuritico, ed in molte circostanze la diagnosi non è stabilita che dietro la puntura esploratoria. Tale puntura deve essere fatta colla siringa di Pravaz ordinaria, tutte le volte che ci troveremo in presenza d'una mutezza di natura dubbia. La retrazione della parete toracica è perfettamente compatibile coll'esistenza d'un vasto spandimento. Quanto alla trasformazione della sierosità in pus è lungi d'essere sempre annunciata dall'apparizione della febbre etica: questa d'altra parte può esistere negli spandimenti sierosi. Gli autori non hanno mai osservato la deformazione delle dita nella pleurite comune: mentre la videro raramente mancare nell'empiema.

Allorquando uno spandimento sieroso è abbandonato a sè stesso, e che non subisce modificazione, tende a riassorbirsi tosto o tardi nella maggior parte dei casi. È così che l'umore sieroso può conservare i suoi caratteri per un gran numero di settimane. Un fatto notabile è la estrema frequenza della pleurite purulenta nei fanciulli, e bene spesso può domandarsi, se lo spandimento non è purulento dal suo principio. Quanto alla relazione che esiste fra l'empiema e la tubercolosi, sembra che quest'ultima sia piuttosto consecutiva che primitiva. L'evacuazione spontanea del liquido per i bronchi sembra la meno favorevole. Allorquando si tratta di spandimento sieroso, di data recente, e poco abbondante, bisogna aspettare. Se al termine di 3 settimane, non si produsse alcun miglioramento, si praticherà una puntura aspiratrice, limitandosi a levare una piccola quantità di liquido. Se al contrario lo spandimento è assai abbondante, vi ha ogni vantaggio ad eseguire immediatamente la toracentesi, non solo per rimediare alla dispnea ma ancora onde permettere al polmone di riprendere il suo posto normale, prima che abbia fissato delle aderenze.

Barlow preferisce l'aspiratore Potain a tutti gli altri. Allorquando il sangue penetra nell'apparecchio, bisogna arrestare qualche istante, per incominciare in seguito l'aspirazione, che si sospende definitivamente, se il sangue di nuovo comparisce. Sovente molte punture sono necessarie, il liquido essendo contenuto in borse distinte costituite da false membrane. In un grandissimo numero di casi, gli autori ricorsero all'anestesia. Questa avrebbe secondo essi, molti vantaggi; da principio di permettere un esame più completo, in seguito di prevenire la tosse carat-

teristica, che sopravviene abitualmente alla fine delle toracentesi. Allorquando lo spandimento occupa la totalità della cavità della pleura, bisogna pungere verso l'angolo dell'omoplata, di preferenza alla linea ascellare. Nei casi di spandimento limitato bisogna pungere in un punto corrispondente al maximum dell'ottusità. La guarigione può ottenersi con una sola aspirazione: ma talora si dovette ripetere l'operazione fino a sei volte. Allorquando il pus diviene fetido, e si riproduce con estrema rapidità, è il caso di ricorrere alla fognatura permanente, col mezzo d'un lungo tubo traversante la cavità pleurica d'alto in basso, e dall'avanti all'indietro. Questa pratica è preferibile a quella che consiste nel fare una sola apertura nella linea ascellare. A quest'ultimo livello infatti la retrazione è più manifesta allorquando lo spandimento diminuisce, e lo spazio intercostale può divenire abbastanza ristretto per comprimere il tubo, ed impedire lo scolo del liquido. Si evita quest'inconveniente praticando due aperture l'una in avanti, l'altra all'indietro.

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

Horvath Alessio — *Dell'anestesia mediante il freddo.*

De Pontevès E. — *Osservazione d'un caso di crup guarito con le injezioni sottocutanee di solfato d'atropina.*

Chinina.

Mancini Giovanni — *La perniciosa ittero-ematurica e l'intossicazione chinica.*

Ughetti G. B. — *L'intossicazione chinica e la febbre biliosa ematurica.*

Drosera.

Vigier Pietro — *Delle drosere e del loro uso in terapeutica.*

Louvet Lamare — *Cura della pertosse con la tintura di drosera.*

Duboisia e Duboisina.

Holmes e Gerrard — *L'alcaloide ed il principio attivo della* Duboisia myoporoïdes.

De Wecker L. — *Uso comparativo dell'eserina, dell'atropina e della duboisina nella terapeutica oculare.*

Gubler A. — *Sull'azione terapeutica della Duboisia e della Duboisina.*

Ferro e ferruginosi.

Cutler Edbridge C. e Bradford Edoardo — *Azione del ferro, dell'olio di fegato di merluzzo e dell'arsenico sulla quantità dei globuli del sangue.*

Regnault J. e Hayem G. — *Studio clinico sul ferrocianuro di potassio.*

Moncorvo — *Del valore terapeutico delle injezioni idriche sottocutanee.*

Jodoformio.

Moleschott Jacopo — *Degli effetti curativi dell'iodoformio. Studj clinici e fisiologici.*

Bozzi Cesare — *Dell'uso dell'iodoformio in chirurgia. Memoria.*

Gaillard Tommaso — *Le injezioni intravenose di latte in sostituzione alla trasfusione di sangue.*

Marty J. — *Del valore terapeutico di diverse preparazioni di corteccia di melograno.*

Heilborn M. — *Contributi sperimentali intorno l'azione delle injezioni sottocutanee di sublimato.*

Metalloscopia e metalloterapia.

Burq — *Una nuova applicazione felice della metalloterapia.*

Charcot — *Influenza del magnete e del selenoide sull'anestesia isterica.*

Vigoroux — *Un caso di emianestesia da causa organica trattato con successo coll'azione a distanza di un'elettro-calamita.*

Maragliano e Seppilli — *Studj clinici a contributo dell'azione delle correnti elettriche, dei metalli e della magnete in altri casi di anestesia.*

Huchard Enrico — *Dell'uso della pancreatina nelle dispepsie ed in particolare nelle dispepsie gastro-intestinali e nelle diarree croniche.*

Tanret — *Sulla pelletierina alcaloide della scorza del melograno.*

Pilocarpina.

Leyden — *Degli effetti terapeutici del cloridrato di pilocarpina.*

Parisi — *Pilocarpina quale mezzo abortivo, risultato negativo.*

Ortille — *Singhiozzo ribelle curato e vinto dalla pilocarpina.*

Brigier — *Dell'azione fisiologica dei purganti.*

Winkuysen — *Nota sul* Quinetum, *e le sue proprietà terapeutiche.*

Tayuya.

Pellizzari Celso — *Il Tayuya come antisifilitico.*

Alpago Novello L. — *Contribuzione alla cura della scrofolosi mediante il tayuya.*

Timolo.

Balz — *Dell'azione fisiologica e terapeutica del timolo.*

Radcliffe Crocker — *Il timolo nelle malattie cutanee.*

Cozzolino Vincenzo — *Studj farmacologici e terapici sull'acido timico, solfotimato di chinina e timato di soda.*

Horvath Alexis (de Kieff). **De l'anesthésie par le froid.** (*Gaz. des Hôpit.*, 1878, pag. 138).

È nota la sensazione dolorosa, che s' ha tenendo una parte del nostro corpo, un dito, ad esempio, nell'acqua fredda a 0° c.; altrettanto succede nel mercurio o nell'etere solforico alla temperatura di — 3° c.; non così nell'alcool e nella glicerina quantunque raffreddati fino a — 5° c.; allora il dito, punto che ne sia, non sente dolore, ma soltanto l'impressione del contatto; ciò che, pare all'Autore, dimostrazione irrefragabile che il dolore è una sensazione particolare affatto distinta da quella del tatto. Le predette esperienze mostrano in oltre che nel fatto dell'anestesia da freddo ha parte anche la qualità del liquido adoperato.

E poichè la morte che sopravviene alle bruciature è attribuita per molta parte a'continui dolori, che quelle producono, il dott. Horvath pensò di giovarsi in tali casi dell'alcool freddo.

Vedeva pertanto un fanciullo non dolersi più finchè teneva la mano (offesa da bruciatura di 2° grado) nell'alcool; mentre che levandonela fuori il dolore ritornava da capo. Le bruciature con sì fatto metodo guariscono più presto che altrimenti curate.

Adoprando l'alcool potremo meglio, che con il metodo del Richardson, giovarci dell'anestesia locale.

De Pontevès E. **Observation d'un cas de croup guéri par des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine.** (*L'Union médicale* 1878, N. 92, pag. 198).

Una bambina di 3 anni, di buona complessione, è colta da crup semplice sì, ma grave tanto che al terzo giorno, sebbene dal primo, in cui non apparivano che sintomi di laringite catarrale, fosse stato curato con l'ipecacuana, minacciava l'asfissia. In tanto pericolo (il solfato di rame ad alta dose non avea prodotto vomito), l'Autore fa sul lato sinistro del collo un'injezione sottocutanea di tre goccie d' una soluzione di solfato d'atropina al 100°: dopo alcuni minuti v' è già un miglioramento; a mezzogiorno la bambina vomita spontaneamente alquante pseudo-membrane, fatte brune dal percloruro di ferro adoperato per medicare la goia stendendovelo sopra con il pennello; altre ancora n'avea cacciato fuori prima, ma allora senza vantaggio.

Incoraggiato dal buon successo l'injezione è ripetuta: nuovo miglioramento, ond'è che la tosse, assolutamente afona, si fa un po'sentire, ed a mezza voce qualche parola mormora la bambinella, che da due giorni pienamente taceva.

La mattina successiva la moribonda era ormai salva e guarita: non più dispnea, nè tosse, e solo qualche rumore nella laringe.

Se non avessi veduto io stesso, dice il dott. De Pontevès, per 18 ore la continua dispnea, gli accessi di soffocazione e le espulse false membrane creder non potrei quella fanciullina aver avuto il crup. E le cose proseguirono di bene in meglio ne'giorni successivi.

Alla storia l'Autore fa seguire le seguenti riflessioni. « Qui si tratta

di crup semplice. Non so se effetto così spiccato e sollecito si sarebbe conseguito in crup secondario o in un crup con difterite diffusa: in ogni caso niun male verrebbe tentando un espediente che non è pericoloso e non esclude verun'altra cura. Non posso ammettere che il miglioramento sia stato prodotto dall'espulsione delle false membrane, poichè questo miglioramento ha preceduto per più di tre ore cotesta espulsione, che quindi non può essere che un effetto. » Egli poi movevasi a fare simile tentativo, da molto tempo essendo convinto che la causa reale della morte nel crup non istà nelle false membrane. Il Jaccoud pure è d'avviso che la dispnea nel crup non è effetto soltanto dell'ostruzione della laringe in conseguenza della materia essudata, non sempre dall'espulsione di questa, cioè delle membrane, ottenendosi corrispondente vantaggio: v'ha un *phenomène nerveux à côté du phénomène mécanique*. Invece causa essenziale dell'asfissia nel crup e nella bronchite capillare è la *paralisi* più o meno completa del pneumogastrico, nello stesso modo che tagliando i pneumogastrici nel collo ai cani la glottide si serra per la paralisi dei ricorrenti, e si forma congestione, edema ne'polmoni, dilatazione de' piccoli bronchi ed enfisema vescicolare. E segno di paralisi del par vago nelle malattie predette è pure il rimanere senza effetto, o l'operare a stento de' vomitivi più gagliardi. Per tutto ciò parve indicata l'injezione di solfato d'atropina, la belladonna essendo, in piccola dose, *un eccitante del sistema nervoso* e *specialmente del pneumogastrico.*

Chinina.

Mancini Giovanni. **La perniciosa ittero-ematurica e l' intossicazione chinica**; (*Lo Sperimentale*, 1878, XLII 258).

Il solfato di chinina è uno di que' pochi medicamenti che ha il diritto di dire: studiate com' io operi, e in quali condizioni meglio operi, ma non ponete in dubbio la mia virtù specialmente contro le febbri generate dal miasma palustre; chè in ciò non patisco nè obbiezioni nè rivali, sì infinite sono le prove che ho dato d'efficacia, tanto meravigliosa, quant' è sicura: non toccate coteste tosto; altrimenti n'avrete il male, il malanno e l'uscio addossò; ite in pace.

Nulladimeno ecco che il Monteverdi mette in sospetto l'uso del prezioso alcaloide nelle gravide, pel timore non le faccia sconciare; ma pazienza per ciò, esssendo che tale inconveniente, posto pure che sia, rivela una peculiare azione anche sull'utero, della quale il medico e l'ostetrico possono opportunamente giovarsi. Invece un vero pericolo sarebbevi nell'adoprare la chinina, è proprio in quella stessa malattia nella quale conta i maggiori trionfi, se vero fosse come afferma il prof. Salvatore Tomaselli di Catania, che la chinina è causa di particolare intossicazione, manifesta gli effetti d'un agente piretogeno, con azione speciale sul fegato e sui reni, onde ne segue itterizia ed ematuria, effetti

che non dipendono dalla specie del preparato, nè dalla dose, nè dal modo d'amministrazione; e soltanto la cachessia palustre, infuori delle condizioni di speciale intolleranza, può divenire motivo di maggior opportunità a tale intossicazione (1).

Ora il dott. Mancini, che fu medico condotto a Toscanella, presso Viterbo, riferisce tre storie di *perniciosa ittero-ematurica*, nelle quali il solfato di chinina nè produsse, nè aggravò il male, ma ne fu invece sovrano rimedio. Quella piccola cittaduzza, misero avanzo della possente etrusca Tuscania, è focolajo di febbri palustri e delle forme più gravi e micidiali: basti dire che, secondo afferma l'Autore, su 4000 abitanti dal luglio al settembre 1872 ebbervi:

116 perniciose,
128 subcontinue,
216 terzane semplici,
464 terzane doppie,
47 quartane,
51 febbri atipiche,
104 cachessie palustri!!

Dalle predette due storie leviamo, compendiandola, la prima.

Un sacerdote di 38 anni, contrasse nel settembre del 1872 febbre terzana semplice, che fu vinta con poca dose di solfato di chinina: ma non osservando le debite regole igieniche la febbre tornava nell'ottobre senza tipo fisso, e successivamente manifestossi il primo grado della cachessia palustre di forma oligoemica, con milza tumida più del doppio, fegato sporgente due dita trasverse dall'arco costale, ecc. Prese per un mese solfato di chinina co' preparati ferruginosi e n' ebbe vantaggio; ma sospesa la cura, dopo pochi dì cominciò ad avvertire ineffabile malessere fisico e morale: lasciò passare sei giorni, e prese un grammo di solfato di chinina; il quale per altro non bastò ad impedire che la sera del 14 gennajo la febbre l'assalisse con brividi, che, mancato il sudore, si ripe-

(1) Tomaselli S. « L'intossicazione chinica e l' infezione malarica. » Contribuzione all'esistenza della febbre per la chinina. Catania 1877 (2.ª Memoria la 1.ª venne pubblicata nel 1874). — Intesero a corroborare l'opinione del Tomaselli con casi analoghi osservati in varj luoghi della Sicilia i dottori Cassone, Restuccia ed Ughetti. (« Osservatore Medico di Palermo », 1876, f. V, 1877, f. II. — « Sperimentale », 1877, XL, 621). Veggasi ancora un articolo del prof. Aradas nel quaderno di gennajo di quest'anno del « Giornale internazionale di Medicina di Napoli.

Lo Jaccoud, che all'Accademia di Medicina di Parigi dava conto della memoria del prof. Tomaselli, e dal modo con cui ne parlava lasciava credere di condividere le opinioni del professore di Catania. (« Bulletin de l'Acad. de Médec. » Séance du 10 juillet 1878, p. 756) nell'adunanza del 24 luglio dichiarava, mosso dalle obbjezioni fatte dal Le Roy de Méricourt (p. 778), ch'egli non intendeva d'approvare nè disapprovare le idee, che nella memoria medesima sono esposte (p. 801).

tarono la mattina appresso. Nel pomeriggio essendo comparso lieve madore, senz' attender altro, in breve tempo consumò una soluzione di gr. 1,50 di solfato: l'avea appena finita che un nuovo brivido e più intenso indusse i parenti a chiamare il medico, il quale trovò febbre discreta (puls. 22, temp. 38° 1|2) e manifesti i sintomi dell'azione del farmaco: Nulla per quella sera venne fatto, benchè dessero pensiero quei tre accessi di freddo in 24 ore.

Nelle prime ore della notte altro brivido e più intenso seguito da vomito, che si ripetè due volte. A mezzanotte l' infermo s' addormentò, ma il sonno fu agitato e interrotto; alle 6 ant. del 16 nuovi brividi, e con molta pena vomito di un liquido spumoso giallo verdastro per quanto ne può contenere un bicchiere. Insopportabile ambascia all'epigastro, fascia dolorosa ai lombi. Rivedevalo allora il medico: presentatagli l'orina della notte (circa 300 cc.), la trovava nerastra, neutra, con albume (3 grammi per litro) ematina e pigmento biliare.

« Lo sguardo del malato era abbattuto, lingua arida, sete inestinguibile, la sclerotica e la cute di un color giallo-citrino. I polsi deboli e vuoti, la radiale dava 88 battiti, il termometro nell' ascella segnava 39 6|10. Dinanzi ad un quadro morboso così grave, che mi capitava per la prima volta, benchè da vario tempo alle prese, con le più svariate forme di febbri perniciose; mi sentiva alquanto perplesso nello stabilire la patogenesi di una sindrome tanto nuova per me.

« Il dubbio durò pochi istanti, e ben presto mi persuasi che ero di fronte ad un inquinamento acutissimo del sangue, prodotto dal miasma palustre. Quindi senza esitare, prescrissi grammi 2 di bisolfato, che per somma ventura furono consumati intieramente, nel lasso di due ore. Alle 3 pom. del 16, nuovo freddo veramente concuziente, che durò 20 minuti. Cominciato a riscaldarsi, vennero in scena conati dolorosi e incessanti di vomito, con cui eliminava poco liquido del colore del tuorlo d'uovo, la cute avea acquistato un colore giallo-verdognolo intensissimo. Il vomito durò due ore, lasciando l'infermo in uno stato di calma apparente, mantenuta da un grave abbattimento, polsi tardi, vuoti, e compressibili, davano 66 battute ogni minuto, sguardo languido, privo di speranza, immobilità quasi completa della persona. La temperatura del corpo al termo-tatto sembrava normale, ma il termometro nell' ascella segnava 39. Nello spazio di poche ore si amministrò all' infermo una soluzione di grammi 3 di bisolfato, sciolto in 100 grammi di limonea idroclorica. Se ne dava un cucchiajo ogni ora, alternandolo con vino generoso. Tutta notte seguitò la gravissima prostrazione e l'infermo dormì brevi istanti. Alle 3 ant. del 17 nuovi brividi, che ricomparvero alle sei antim. furono di poca intensità, e di breve durata. Le urine si mantenevano nerastre, contenevano pochissima quantità di sangue, a paragone del giorno innanzi, mentre era intensissima la reazione della colipirrina, p. sp. 1012. La cute itterica al più alto grado, polsi miserabili davano 80 puls. al minuto, il termometro segnava 39 nell'ascella.

« Lo stato dell'infermo, mi teneva nella più grave angustia, gli accessi di freddo, che si ripetevano *coup sour coup*, non ostantechè in 24 ore, avesse consumato grammi cinque di bisolfato di chinina, mi obbligavano ad aggravare la prognosi d'ora in ora. La novità e la gravezza del caso, m'indussero a proporre un consulto alla famiglia dell'infermo. Il dottor Nuvoli medico primario del grande ospedale di Viterbo, che da più di trenta anni esercita nell'infesta maremma, fu chiamato a visitare l'infermo. Nella giornata del 17 non vi fu altro brivido, le urine si fecero meno fosche, l'albume scomparve completamente, vi si rinvenivano traccie di ematina e pigmento biliare in abbondanza. Nelle ore pomeridiane il Nuvoli vedeva il malato, convenne pienamente nel concetto diagnostico di perniciosa ittero-ematurica, forma palustre rarissima, e ch'esso rare volte avea riscontrato nella sua ben lunga pratica. Approvò la cura, ma che non si dovea dar tregua al nemico che sembrava già vinto, e prescrisse il bisolfato di chinina in polvere nel pane azimo da cominciarsi il mattino del dì veniente. La notte consecutiva al consulto fu cattiva, l'infermo ebbe smania continua e non potè gustare un momento di sonno, la sete si mantenne molesta, ambascia all'epigastrio, frequenti conati di vomito. Al mattino del 18 le pulsazioni erano 80, la temperatura 38° 4\|10. Si cominciò ad amministrare il solfato di chinina, gr. 1,80 in sei cartine, una ogni ora. A mezzogiorno la calma era innegabile, le urine aveano perduto il color nerastro, erano scarse, laterizie, p. sp. 1025, non contenevano più nè albume, nè ematina, nè colipirrina, erano solamente ricche di urati. Sera, puls. 72, temp. 37° 1\|2. — 19 gennaio, mattina, puls. 70, temp. 37° 1\|2. Il colore itterico della cute comincia ad impallidire. Si ordinano per la giornata centigrammi 90 di bisolfato in polvere. L'infermo è sordo in altissimo grado, dice che nella testa gli sembra avere un molino a vento, ha le mani tremolanti, presenta al più alto grado, le vere, le uniche manifestazioni dell' intossicazione chinica, che ha debellato tanto vittoriosamente l'acutissima infezione malarica. — 20 gennaio. L'infermo resta apirettico, le urine sono normali, l' itterizia si dilegua al galoppo. Si ordina una polvere di mezzo grammo di bisolfato. — 21 gennaio. L'itterizia è scomparsa. Si sospende il chinino, si ordina una macerazione a freddo di china e di rabarbaro per vincere la stitichezza. Dopo due settimane di cura tonica ricostituente, l'ottimo sacerdote riprendeva le sue ordinarie occupazioni. »

Quindi l'Autore mettendo a riscontro i casi da lui osservati con gli altri riferiti dal prof. Tomaselli, fa notare come in questi l' attossicamento, e la morte ancora, sussegue con piccolissima dose di medicamento (25 centig. d'estratto di china, 25 cent. d' idrocianato, 10 d' antimoniato di china), mentre in quelli, sebbene il bisolfato fosse dato alla dose di più grammi e perfino di 5 in 24 ore, si ha la guarigione, quando già le cose parevano disperate ed erano apparsi i sintomi dati come patognomonici dell'*intossicazione chinica*. Conchiude pertanto che il solfato di chinina è stato ingiustamente accusato e *che egli anzichè essere l'ente*

etiologico della perniciosa uteroematurica, *ne è il solo ed efficace rimedio.*

Ughetti G. B. **L'intossicazione chinica o la febbre biliosa ematurica**; (*Lo Sperimentale*, 1878, XLI, 614).

Scopo dell'Autore, è di mostrare come nella recente opera del dottore Agostino Pellarin *des fièvres bilieuses des pays chauds en général, et de la fièvre bilieuse hématurique en particulier* (Parigi 1876), sianvi i maggiori argomenti per sostenere l'opinione del prof. Tomaselli circa l'*attossicazione chinica*, di cui ei medesimo, il dott. Ughetti, avea riferito un caso, *a vero dire classico*, nello stesso Giornale *Lo Sperimentale* (dicembre 1878, V. l'articolo precedente). Tiene egli pertanto che quella che il Pellarin ha creduto forma particolare e gravissima di febbre palustre ed ha intitolato *febbre biliosa ematurica*, altro non è che una forma suscitata dalla chinina, quella stessa che il Tomaselli per brevità ha chiamato *intossicazione chinica*; la quale non può essere attribuita alle grandi dosi del farmaco, poichè questo venne dato a dosi modiche, nè ai fenomeni irritativi locali, in niun modo dimostrati dalla clinica.

L'*intossicazione chinino-palustre* si estende ben oltre la Sicilia; e con probabilità si può credere abbracci *tutte le regioni su cui pesa la malaria.*

A queste proposizioni risponde l'articolo del dott. Mancini sopra riferito: intanto importa tener nota delle parole con cui il dott. Ughetti chiude le sue osservazioni critiche. « No, la chinina non perde punto i suoi grandi meriti, è pur sempre la più potente arma che possediamo a combattere le febbri intermittenti, ma è un'arma da maneggiarsi cautamente, poichè in certi casi, *fortunatamente abbastanza rari*, può fallire allo scopo, associarsi per così dire all'elemento che doveva vincere e produrre quei gravissimi disordini che finora venivano imputati alla malaria sola. » Or ecco entrati nel campo delle *eccezioni* o delle *rarità*; e perchè appunto si tratta di avvenimenti insoliti, ragion vuol se ne debbano cercare le cause non nel medicamento, che di continuo per ogni dove ed estesamente è adoperato innocuo ed efficacissimo, ma nelle peculiari condizioni de' soggetti malati: nè niuno vorrà negare che in questi, dove siano offesi i reni, la chinina che per essi ha passare non possa indurre qualche disturbo e pur anche l'ematuria; ma da questo fatto, già noto, alla temuta *intossicazione*, alla *febbre biliosa ematurica* prodotta dalla chinina passa di molto.

Drosera.

Vigier Pierre. **Des Droséras et de leur emploi en thérapeutique.** (*Bullet. Génér. de Thérap.*, 1878, XCV, 23).

Louvert Lamare. **Traitement de la coqueluche par la teinture de Drosera.** (*Journal de Thérap.*, 1878, N. 10, pag. 364).

Le drosere, a cui niuno badava, sono ora in bocca di tutti, dappoichè il Darwin fece sapere ch'erano *carnivore*, avvolgendo esse con le ir-

ritabili e viscide ciglia, di cui sono munite le foglie radicali, gl'insetti che vi capitano sopra, e sciogliendo anche le materie albuminoidi con l'umore acido delle foglie medesime. Pare vogliano metter piede anche nel campo della terapeutica, ma sin qui con non molta fortuna.

Il farmacista Vigier alla *Società di Terapeutica di Parigi*, ricordava che vent'anni fa il dottor Eugenio Curie per molto tempo e con perseveranza adoprò l'alcoolatura di drosera nella tisi polmonare, nella quale era già stata raccomandata da Heermann nel principio del secolo scorso, e quindi da Hahnemann; senza dire che Dodoneo ne avea discorso come di medicamento adoprato già dal volgo per lo stesso male, argomentando forse che una pianta così umida e glutinosa dovesse giovare dove la febbre arde e prosciuga. Talun buon effetto che ne potè conseguire incoraggiò il dott. Curie a continuare nelle sue prove, ma poscia dovette persuadersi, che dove parve quel medicamento facesse del bene non trattavasi che di *bronchiti*: egli stesso ne prese in un giorno 100 gr. senza veruna molestia. Anche il Vigier ha sperimentato l'estratto alcoolico di questa pianta, per parecchi giorni prendendone 5 gr. ossia 200 gr. d'alcoolatura come se niente fosse, sebbene essa contenga un succo acido ed una resina acre. Volendola adoperare a suo avviso la migliore preparazione è la tintura ottenuta dalla drosera secca (100 gr.), messa a macerare per 15 giorni in un chilogrammo d'alcool a 60°. Bisogna pure notare che questa piccola pianta contiene molt'acqua, sicchè accuratamente seccata all'ombra assai se ne riduce il peso, e cioè di un chilogrammo a 140 o 143 grammi, che n'è la settima parte.

V'hanno due specie di drosera, la *rotundifolia* e la *longifolia*: ma l'una vale l'altra per le proprietà fisiologiche e medicinali, ed entrambi sono rare.

Facendosela venire dai Vosges, il Vergier calcola che un chilogrammo di drosera secca costa 35 franchi, mai avendo egli potuto avere a meno di 5 franchi il chilogrammo la pianta fresca.

Ma non più contro la tisi od il catarro cronico de' polmoni, bensì contro la coqueluche la tintura di drosera viene raccomandata, ricordando forse le lodi che ne fece il Siegesbeck; se non che allora (1712) trattavasi di epidemia catarrale o dell'influenza che poi venne detta grippe.

Il dott. Louvert Lamare dice che la tintura di drosera alla dose di 1 grammo circa è il migliore rimedio della pertosse, che sia entrata nel 2.° stadio (convulsivo, spasmodico, nel primo invece trovando utile la tintura di brionia. La drosera per altro non è un *tocca-sana*; frena tosto il vomito, diminuisce gli accessi della tosse, ma non la fa tacere del tutto che dopo *2 o 3 settimane*. Ogni due giorni s'accresce di 5 gocce la dose del grammo con cui si cominciava la cura.

Altri pure hanno commendato i benefici effetti della tintura di drosera nella tosse convulsiva: i dottori Crequy, Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz più che contro l'accesso della tosse la trovava efficace nel

fermare il vomito; e però il Presidente della *Société de Thérapeutique* chiedeva se ciò si dovesse attribuire più che ad altri all'alcool, all'eccipiente cioè del medicamento. (*Bullett. génér. de Thér.*, cit. pag. 43).

Duboisia e Duboisina.

I. HOLMES e GERRARD. **The alcaloid and active principle of Duboisia myoporoïdes.** (*Pharmaceutical Journal*, 1878, 9 March and 6 avril. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIV, 360).

II. DE WECKER L. **De l'emploi comparé de l'ésérine, de l'atropine et de la duboisine en thérapeutique oculaire.** (*Bull.*; cit., 337).

III. GUBLER A. **Sur l'action thérapeutique et physiologique du Duboisine.** (*Bullett.*, cit., pag. 426).

Parecchi campioni di questa pianta sono stati recentemente offerti all'erbario del dott. G. Bancroft di Brisbane. È un arbusto alto circa 20 piedi, i cui rami sono diritti e si staccano ad angolo acuto dal fusto; le foglie non coprono che la parte terminale dei rami; sono alterne, con peziolo breve, intiere, liscie, lunghe da 3 a 4 pollici e larghe un pollice nel mezzo. I fiori di color lilla pallido o bianchi, piccolissimi, disposti in cime paniculate terminali. La corolla è regolare, in forma di campana, retta e lunga due linee. Gli stami didinami con un quinto stame rudimentale; il frutto piccolo e succoso, consimile a bacca. Questa pianta s'accosta pe'suoi caratteri tanto alle solanacee, come alle scrofularie. Due altre specie, la *Duboisia Hopwodii* e *Leichardtii* non sono bene conosciute.

La *Duboisia myoporoïdes* cresce in Australia, in diversi luoghi vicini a Sidney e al capo York: è stata trovata alla Nuova Caledonia e più di recente dal Barone Müller alla Nuova Guinea.

Il Gerrard non ha potuto avere che dell'estratto di foglie della *Duboisia myoporoïdes*; 65 grammi di quest'estratto vennero soluti in 65 centimetri cubici d'acqua distillata, ed alla soluzione aggiunto dell'alcoòl concentrato fino a che formossi un precipitato. Lavato questo con l'alcool, la soluzione alcoolica distillata dava un nuovo estratto, che poi diluivasi con acqua, aggiungendovi ammoniaca e finalmente dibattuto con cloroformio. Evaporando il cloroformio, ottenevasi un residuo con reazione alcalina manifestissima. Trattato questo residuo con l'acido solforico diluito, e aggiunta ammoniaca alla soluzione si fece un precipitato denso, che prese la forma di goccie oleose più dense del liquido da cui depositavasi. L'alcaloide estratto dall'etere pesava 1 gr. 36: ed avea l'apparenza di massa viscida gialla, solubilissima nell'alcool, nel cloroformio, nell'etere, nella benzina, nel solfuro di carbonio, e solubile nell'acqua che ne diviene alcalina. Trasformato in solfato dava le reazioni dell'atropina.

Reattivi	Reazioni	
	dell'alcaloide della Duboisia	dell'atropina
Acido tannico	Precipitato bianco solubile nell'acido clor.	Id.
Iodidrargirato di potassio	Precipitato bianco	Id.
Potassa, soda, ammoniaca	Precipitato	Id.
Cloruro d'oro	Precipitato giallo-citrino	Id.
Bicloruro di platino	Id.	Id.
Solfocianuro di potassio	Nessun precipitato	Id.
Bicloruro di mercurio in soluzione satura	Precipitato	Id.
Acido nitrico	Soluzione abbrunita	Nessun effetto
Acido solforico conc.	Rosso scuro	Nessun effetto
Acido solforico caldo	Svolge odore d'acido butirrico	Odore grato e intorb. del liquido
Acido solforico e bicr. di potassa	Non si deposita ossido verde di cromo, e svolgimento di vapori acidi.	Deposito di ossido verde di cromo

I due alcaloidi si volatilizzano in parte quando si scaldino fra due vetri d'orologio. I vapori condensati hanno l'aspetto di vernice trasparente. I loro sali sono solubilissimi nell'etere. Gerrard ha preparato sopra vetri da orologio minime quantità di solfato, cloridrato, nitrato, fosfato, acetato, bromidrato, tartrato dell'alcaloide della duboisia. Il solo solfato e bromidrato sono apparsi cristallizzabili.

Due grani d'alcaloide della duboisia esigono 4 goccie d'acido solforico diluito per essere saturati, e lo stesso peso d'atropina è saturato con 3 goccie. Bollita con l'idrato di barite, l'atropina svolge odore di biancospino (Selmi); con l'alcaloide della duboisia l'odore fu diverso e spiacevole. In oltre esso è due volte almeno più solubile dell'atropina nell'acqua. È però il Gerrard tenendo conto di cotesti caratteri differenziali conchiude che la Duboisia contiene un nuovo alcaloide (duboisina), e che bisogna attendere siano inviate dall'Australia altre piante per chiarire meglio la cosa.

L'estratto delle foglie della *Duboisia myoporoides* ha sulla pupilla la stessa azione dell'estratto dell'*atropa belladonna* o della *datura stramonium*. Nel primo esperimento fatto sull'occhio d'un cane dal dott. Bancroft s'ebbe rapida e notabile dilatazione della pupilla: gli stessi effetti si ebbero sull'occhio d'un gatto e d'un uomo.

L'alcaloide sciolto in 120 volte il suo peso d'acqua agisce energicamente sulla pupilla. Una soluzione d'un sessantesimo di grano (1 milligr. circa), injettata sotto la pelle, ha fermato i sudori notturni d'un malato (Blake). Nella stessa dose ha prodotto grande aridità nella bocca di due altri infermi. Injettata sotto la pelle nella quantità di 1/5 e di 1/7 di grano (1 cent. circa) ha prodotto nel corso di 2 a 24 ore sintomi tetanici nelle rane.

Le esperienze del dott. Ringer vanno d'accordo con le precedenti e mostrano l'antagonismo dell'estratto di Duboisia e della muscarina. Il Tweedy non ha osservato differenza nel modo d'agire dei due estratti, ma l'estratto di Duboisia è assai più energico di quello dell'atropa belladonna; e però, ad evitare che l'applicazione non ne sia dolorosa, s'allunga l'estratto di duboisia con 20 volte il suo peso d'acqua. (V. pure *The Lancet* del 2 marzo 1878. — Alexandroff, *Les propriétés mydriatiques de la Duboisia myoporoïdes, In*: *Journ. de Thérap.*, 1878, p. 256).

II. Il farmacista Petit, citato dal De Wecker, avrebbe trovato altresì che la duboisina si distingue dall'atropina non solo perchè è molto più solubile nell'acqua, ma anche perchè le sue soluzioni hanno certa fluorescenza; inoltre devia a sinistra la luce polarizzata, ciò che non fa l'atropina. Si ottiene facilmente, secondo lo stesso Petit, l'alcaloide dall'estratto soluto nella minor quantità possibile d'acqua e fatto alcalino dal bicarbonato di potassa, quindi trattato con l'etere, il quale distillato lascia l'alcaloide sottoforma di vernice poco colorata. Si ottiene un prodotto purissimo sciogliendo l'alcaloide nell'acido solforico diluito e ripetendo le operazioni suddette con il bicarbonato di potassa e l'etere. Il solfato di duboisina sciolto nell'alcool assoluto dà dei cristalli quando si lasci evaporare spontaneamente la soluzione.

Il Wecker conferma che la duboisina ha azione midriatica più potente dell'atropina, senz'essere perciò maggiormente irritante; ei la dice un prezioso acquisto per l'oculistica specialmente in que' casi ne' quali l'atropina non è tollerata, poichè instillata nell'occhio produce congiuntivite con eczema delle palpebre. Formatasi cotesta idiosincrasia non potevasi in verun modo, anche dopo qualche anno, riprendere l'atropina senza che l'occhio non ne fosse tosto inflammato. Bisognava allora servirsi dell'estratto di belladonna, assai meno potente, ma punto irritante anche alla congiuntiva *più satura d'atropina*; ovvero dell'estratto di giusquiamo, e non della giusquiamina, quello solo e non questo avendo virtù midriatica. Non poteva adoprarsi la daturina perchè difficilmente la si può aver pura, e perchè irrita sempre più o meno l'occhio. Tutte queste difficoltà sono ora tolte, dice il Wecker, mercè al solfato di du-

boisina che il Petit prepara e mette in commercio a modico prezzo nella Farmacia Mialhe.

III. Il prof. Gubler ha pure sperimentato il nuovo alcaloide. In injezione ipodermica alla dose di 1|2 milligrammo non produce che un po' d'aridità in gola e qualche turbamento della vista; invece alla dose di 1 milligr. quasi sempre dopo pochi minuti si hanno in maggior grado i predetti sintomi e con sete come fa l'atropina: successivamente il polso si fa celere, la pelle s'arrossa, le forze si perdono per modo che male reggono le gambe, ed a stento si muovono. Cotesta paralisi muscolare non succede con l'atropina ad uguale dose, e però il Gubler riguarda più gagliarda l'azione della duboisina. La quale ha pure azione deprimente sulla circolazione, e sulle funzioni cerebrali, ma con che questo produce stupore non già sonno. Al pari dell'atropina ferma i sudori profusi, e li ferma all'istante. In un giovane tubercoloso bastò un'injezione perchè il molesto sintoma non apparisse per otto giorni. In altro consimile soggetto, che non sentiva l'azione della digitale, vide il polso con la duboisia scendere a non più di 40 battute: poteva elevarle fino a 60 e 70, e in pari tempo notabilmente aumentava la copia dell'orina.

Ferro e ferruginosi.

Cutler Elbridge C. and Bradford Edoardo. **Action of iron, cod-liver oil, and Arsenic of the globular richness of the blood.** (*The American Journal of the medical Sciences*, Philadelphia, 1878, n. CXLIX, pag. 74).

Riferiamo le conclusioni delle ricerche dei medici americani, fatte col noto metodo del Malassez, non tanto perchè abbiano speciale valore, sebbene non siano senza pregio, quanto perchè sono nuovo ammonimento che non sempre dagli effetti fisiologici si possono indurre gli effetti terapeutici, sebbene l'esperimento si faccia sulla medesima specie d'animali, nello stesso uomo.

I. *Azione del ferro.*

A. *In soggetti sani.* — Non può attribuirsi all'uso del ferro nessun aumento nel numero dei globuli rossi. Le variazioni osservate in due casi non erano costanti, nè maggiori di quelle che si notano nello stato fisiologico e da una ad altra settimana. E però senza dire che il ferro non ha in tali casi verun effetto, ben può dirsi sicuramente che non lo ha tale da doversi valutare.

B. *In soggetti malati.* — Nell'anemia aumenta la quantità dei corpuscoli rossi.

II. *Azione dell'olio di fegato di merluzzo.*

Nei sani aumenta i corpuscoli rossi e qualche poco i corpuscoli bianchi. Altrettanto succede in certi stati morbosi, purchè il medicamento sia tollerato. Ma se il processo sia attivo, e turbato l'appetito, non sembra che quello valga a ristorare la conseguente anemia.

III. *Azione del liquore di Fowler.* (*Soluzione d'arsenito di potassa*).

Nelle persone sane diminuisce progressivamente i globuli bianchi ed i rossi, e più quelli che questi. Nell'anemia semplice invece pare aumentino le due specie di globuli, ma dopo certo tempo v'ha costante diminuzione dell'una e dell'altra. In un caso di leucocitemia scemarono i globuli bianchi più ancora dei rossi.

REGNAULT J. e HAYEM G. **Étude clinique sur le ferrocyanure de potassium.** (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1878, XCIX, 241).

Era già noto che il ferrocianuro di potassio o prussiato giallo di potassa percorre tutta l'economia, ne esce specialmente per la via de' reni, senza lasciare segno di sè e senza contribuire a ristorare il sangue, onde che non può prender posto fra i ferruginosi utili, nè come tonico, nè come astringente, e neppure, malgrado il potassio, come risolutivo. Il Mialhe avea voluto spiegare cotesta inefficacia rispetto alla clorosi (cioè verso la malattia, la quale è come la pietra di paragone del valore dei ferruginosi veri) per ciò che il ferrocianuro non viene decomposto dalle sostanze alcaline del sangue. Il Bouchardat ed il Gubler lo ridussero fra i diuretici, e suggerirono d'amministrarlo alla dose di 2 a 5 grammi in un litro d'acqua, avendo altresì poco sapore. Fu invece considerato velenoso o per teoretico timore riguardandone la composizione, o perchè venne sperimentato impuro, cioè commisto con cianuro di potassio; ma il Darcet diede involontariamente la prova ch'era innocuo, bevendo per isbaglio, e senza punto soffrirne, mezzo litro d'una soluzione acquosa di detto sale. Ciò nondimeno gli autori hanno voluto con l'osservazione clinica, la sola che abbia forza di veramente provare e persuadere in terapeutica, dare la dimostrazione della presunzione teorica, tenendo conto delle modificazioni, che succedono nel sangue delle clorotiche per effetto del ferrocianuro di potassio non tanto rispetto al numero dei globuli, quanto alla quantità d'emoglobina in essi contenuto. Ed in vero non basta per dire guarita una *clorosi* od un'*anemia curabile* l'avere accresciuto il numero de' globuli: questi possono esser aumentati e di molto anche col solo riposo, co' più semplici riguardi igienici e co' mezzi più volgari, e ciò nondimeno la malattia non è vinta, talmente che se si sospenda la cura, se l'inferma s'affatichi o soggiaccia a qualsiasi causa perturbatrice quella di bel nuovo si fa sentire ed anzi lo stato anemico diverrà più grave. In breve non basta fare dei globuli rossi; bisogna si facciano *ematie fisiologiche*, cioè regolari per volume e colore: l'azione del ferro si fa sentire precipuamente su la qualità delle *ematie*. Così mettendo a riscontro il ferrocianuro di potassio con il protocloruro ferroso, gli Autori hanno potuto avvedersi dell'inutilità di quello e dell'efficacia di questo: durante l'amministrazione del ferrocianuro di potassio continuato in due malate da due mesi a due mesi e mezzo, non v'ebbe sostanziale miglioramento; crebbero bensì i globuli di numero, ma rimanevano piccoli e scarsi di emoglobina, cioè in quantità di molto

inferiore alla normale: dato invece il ferruginoso efficace, scemava la copia dei globuli, divenendo insieme più grossi e più ricchi di materia colorante. Pertanto rimane fermo che il ferrocianuro di potassio non ha parte veruna nella rigenerazione degli *elementi colorati del sangue;* è un ferruginoso inerte. Niun' azione ha parimente il cianogeno dello stesso ferrocianuro di potassio, poichè senza verun disturbo lo si può amministrare parecchie settimane alla dose di parecchi grammi al giorno. In oltre gli stessi Autori si sono avveduti che non ha azione valutabile su la secrezione dell'orina, nè su la produzione dell'urea.

E che il ferrocianuro di potassio sia come diuretico inefficace, quand'anche preso alla dose di 2 gram. al giorno, lo dice pure il Rabuteau, il quale conferma che quello s'elimina pei reni, ma lentamente. (*Journ. de Thérap.*, 1878, p. 387).

MONCORVO. **Del valore terapeutico delle injezioni idriche sottocutanee.** (*Progresso medico, Rio de Janeiro* 1877. *Journ. de Thérap.* 1878, pagina 357).

Le injezioni d'acqua pura nel tessuto cellulare sottocutaneo per combattere l'*elemento dolore* sono in questa Memoria di nuovo studiate e con grande istanza raccomandate. Il dott. Moncorvo brevemente esamina i lavori già fatti su questo punto di terapeutica, quelli specialmente di Notain, Dieulafoy, Pasquier-Labrone, Leopoldo Lafitte, A. Luton, Dessan (de Chicago), Giulio Brandas, e s'ingegna di far condividere a' lettori la sua ammirazione per questo mezzo curativo, ch'egli innanzi tutto commenda in ogni specie di nevralgia. Non v'ha dubbio che se la nevralgia dipende da uno stato d'ipoglobulia e d'idremia del sangue, e quest'è frequente ne' paesi caldi e umidi, l'espediente è buono; per altro se la nevralgia dipende dalla cachessia palustre varrà meglio senza dubbio servirsi delle injezioni sottocutanee di bromidrato acido di chinina, che non solo leveranno il dolore, ma ne impediranno il ritorno modificando l'intiera economia. Rispetto alle nevralgie sintomatiche, è manifesto che le injezioni d'acqua saranno meno efficaci delle altre con qualche soluzione medicamentosa. Sopra sè stesso, essendo caduto malato di colica nefritica, il dott. Moncorvo ha sperimentato la virtù di tali injezioni; le quali vengono pure lodate nel reumatismo articolare acuto, avendo cura di scaldare l'acqua da 45 a 50 gradi, affine di mitigare il dolore che l'acqua nel primo momento produce, e che non farebbe che accrescere quello proprio del male. Ma non ben appare che il rimedio suggerito sia in questo caso veramente innocuo ed utile; le osservazioni addotte dal dott. Giulio Brandas non sono già di reumatismo articolare acuto, ma cronico od al più subacuto.

Il dott. Silva Castro di Para, prima e successivamente l'Autore avrebbero trovato che, premettendo un' injezione d'acqua, può rendersi insensibile la parte al dolore che produce l'applicazione d'un vescicante.

L' injezione d'acqua fredda è dolorosa, dolorosissima, come ha pro-

vato il Moncorvo sopra sè stesso, se fatta scendere allo zero: pertanto la temperatura dell'acqua stessa sarà di solito quella dell'aria ambiente, che a Rio de Janeiro non è mai bassa. Egli poi non trova soddisfacenti le diverse ragioni date per ispiegare l' azione calmante delle injezioni ipodermiche d' acqua semplice. Il Gubler di recente l'attribuisce al consecutivo imbevimento (*hydratation*) de' tessuti, ma a cotesta analgesia precede una breve iperestesia in conseguenza della piccola lesione indotta dall'azione meccanica del liquido, che è spinto a penetrare ne' tessuti.

Il compilatore del *Journal de Thérapeutique* dopo aver dato conto dell'opuscolo del medico Brasiliano, dice d'esser lieto nell'ajutare il collèga a raccomandare l'injezione d'acqua semplice nelle nevralgie, nelle mialgie e nel reumatismo cronico; crede ei pure che in tali casi cotesto mezzo innocuo non è abbastanza adoprato.

È di provarla, ora che non ci ripugna di mettere a prova i maggiori veleni, vale senza dubbio la pena: è da vedere se l'acqua tiepida che applicata in fomenti od in cataplasmi riesce anodina perchè emolliente, ed ammollisce imbevendo per osmosi di sè i tessuti, diluendone gli umori, faccia altrettanto e più direttamente portata in grembo de'tessuti medesimi. Così essendo, non s'injetterebbe più un anodino, ma un emolliente.

Jodoformio.

I. Moleschott Jac. **Degli effetti curativi dell'jodoformio.** Studi clinici e fisiologici. Torino, 1878.

Sperimentata l'efficacia dell'jodoformio in pomata, o con il collodion elastico, nella proporzione di 1 0|0 su 15 nelle tumefazioni di glandole linfatiche, rimaste ribelli all'joduro di potassio, ed anche di durezza cartilaginea. L'Autore si pose ad adoprarlo nell'orchite, della quale più volte ottenne in 5 od 8 giorni la risoluzione; nella cura delle glandole inguinali, rigonfiate ed indurite de' sifilitici, dando per altro in questi casi internamente il protojoduro di mercurio ed anche lo stesso jodoformio in pillole alla dose di 5 a 10 centigrammi. Perfino in un caso di leuchemia trovava vantaggio, particolarmente nel frenare la gonfiezza della milza, che s'andava rinnovando. Mercè alle pennellature con il jodoformio sciolto nel collodio elastico, accerta d' aver veduto scomparire umori versatisi entro la pleura, il pericardio, il peritoneo e sotto l'aracnoidea; ed anzi soggiunge che dopo un caso di enorme ascite in uomo tubercoloso, nella quale mirabilmente giovò il jodoformio con collodio, *ajutato con pillole diuretiche*, egli s'è prefisso di non consigliare le paracentesi senz'aver prima tentato l'applicazione esterna del jodoformio. Il quale poi mostrò straordinaria efficacia nell'idrocefalo acuto ne' bambini, tanto da poterne avere tre perfettamente guariti su cinque, due de' quali parevano affatto disperati.

Vero è che non fermavasi alle frizioni del jodoformio soluto nel collodio, od in forma di pomata, fatte dalle tre o quattro volte al giorno

nel collo, su i processi mastoidei, la fronte e le tempie, ma dava piccole dosi di calomelano e clisteri purganti; ciò nondimeno, considerando quante volte cotesti espedienti riescano inefficaci, e non può non attribuire *all'jodoformio l'esito felice ne' casi in cui fu propinato*; e quand'anche, soggiunge, non si riescisse che a salvare 10 o 15 di coloro che finora dovettero soccombere all' idrocefalo acuto, *sarebbe una consolazione capace di stendere un velo pietoso su molti peccati del nichilismo.*

Il jodoformio, oltre che *potentemente risolve e determina l' assorbimento di elementi formativi e di raccolte trasudate*, ha il pregio di sedare dolori; la quale virtù, spesse volte potè il Moleschott sperimentare negli accessi della gotta, ed in molte nevralgie e nelle intercostali sopratutto.

Considerando tutti cotesti effetti ed il largo campo nel quale il celebrato medicamento può riescire benefico come antiflogistico, ovvero come risolvente e sedativo, il nostro Autore non sta in dubbio di mettere l'jodoformio a lato del chinino e dell'acqua fredda; lo direbbe perfino *miracoloso* se non avesse il difetto dell' odore troppo penetrante (1), che pure si corregge adoperando la pomata, la quale ha esalazioni meno acute della soluzione nel collodio, e ricoprendo le parti su le quali è spalmata con sottilissima foglia di gutta percha. Meno agevole sarà l'impedire, quando il medicamento si dia per bocca, tale spiacevole odore ne' rutti. Altro difetto del jodoformio è di produrre qualche volta palpitazioni; ma questo svantaggio sarebbe largamente compensato, se proprio il jodoformio, dato internamente a 5 o 10 centigrammi al giorno, valesse a gareggiare, come in un caso se ne mostrò capace all' Autore, con la digitale, quando in piccole dosi rende *più forti e più regolari i battiti cardiaci.*

Ma come spiegansi tutti cotesti effetti, potenti e molteplici, del jodoformio? Ecco in proposito le parole del Moleschott.

« Dopo l'uso esterno od interno dell'jodoformio, si trova del joduro nelle orine, assai più tardi però dopo quello che dopo questo. Sia nell'uno che nell'altro caso l'eliminazione completa dall'organismo richiede molto tempo, di modo che ancora dopo 4 o 5 giorni si possono rinvenire delle traccie di jodio nelle orine. Fratello del cloroformio, il jodoformio in molti casi ha i migliori pregi d'un narcotico, ma alla qualità di lenire i dolori aggiunge in sommo grado gli effetti di un preparato potente jodico. Nè lo joduro di potassio, nè lo jodio puro possono paragonarsi al jodoformio, quando si prende di mira l' efficacia di risolvere e fondere, di sciogliere e promuovere l' assorbimento di tumori o trasudamenti. Sembra probabile che gli effetti sorprendenti del jodoformio si debbono attribuire alla facilità con cui lo jodio se ne sprigiona, di modo che questo in istato nascente agisca negli elementi dell'organismo. »

(1) Odore intenso di zafferano.

Fra coloro che hanno scritto del jodoformio il Moleschott non ha citato il Gubler, il quale nota che tale medicamento oltre la virtù anestetica, ha tutte le qualità del jodio e de' joduri alcalini sopra la circolazione e la nutrizione senz'averne gl'inconvenienti, cioè senza produrre, come fa il jodio, irritazione locale. Soggiunge d'avere adoperato con vantaggio in pennellature la soluzione satura di jodoformio in parti eguali d'etere e d'alcool sopra parti gonfie, dolenti con croniche infiammazioni, sopra ingorghi glandolari, raccolte di siero, vecchie artriti. Tale soluzione lascia depositare subito il jodoformio solido, e la parte su cui si applica va subito coperta con taffetà cerato, con collodion o finissima membranella ingommata per impedire l'evaporazione. (*Commentaires thérapeutiques au Codex medicamentarius.* Paris 1868, p. 417).

II. Per compiere poi lo studio intorno il jodoformio torna opportuno ricordare ciò che alcuni anni fa n'ha scritto rispetto all'*uso chirurgico* il dott. Cesare Bozzi in un opuscolo, che, malgrado sia frutto di diligente lavoro, è rimasto [illegible]to o dimenticato.

Sulla pelle e sulle mucose [illegible] de' naturali velamenti il jodoformio non produce verun effetto, e so[illegible]to irrita lievemente la congiuntiva; nè per queste ne penetra nell' organismo, vani essendo riesciti i tentativi per rinvenirlo, anche dopo ripetute applicazioni nelle orine e negli altri umori, delle secrezioni. Su la cute scoperta o su una piaga purchè non sia infiammata il medicamento rimane inerte; l'irrita invece se v'abbia infiammazione e produce per alcuni momenti dolore; mentre per l'opposto lo toglie o lo lenisce se la parte fosse dolente per *semplice nevralgia*. Altrimenti procedono le cose quando il jodoformio venga posto e lasciato in grembo ai tessuti. Injettato alla dose di 10 centigr. in un grammo di glicerina, nelle cisti e nelle cavità sierose vi eccita una lieve infiammazione *adesiva*, e viene assorbito per apparire poscia nelle orine: injettato sotto la pelle produce parimente infiammazione, la quale per la specialità del substrato diventa in 5 o 6 giorni *suppurativa*. All'injezione succede immediatamente vivo dolore, e qualche ora dopo appare intorno alla puntura vivo rossore eresipelatoso, evacuato il piccolo ascesso presto guarisce, senza che n'escano pezzi di tessuto cellulare mortificato. Trascorse 14 ore trovansi nelle orine indizj della presenza del jodio, niuno invece nel pus de' predetti ascessi. Niun segno di jodismo, tranne che una volta lieve e fugace congiuntivite. Rispetto poi alle applicazioni chirurgiche, il dott. Bozzi lo commendava utilissimo nelle piaghe semplici a larga superficie, poichè, col contatto ne favorisce la cicatrizzazione, siccome nelle gangrenose eccita la separazione e il distacco delle parti mortificate: ne confermava l'efficacia nella guarigione dell'ulcera cronica venerea, nell'ulcera molle sifilitica fagedenica, nelle papule ulcerate e nelle piaghe da sifilide costituzionale. L' injezione di jodoformio riesce felicemente a guarire l' idrocele; e chiude le vene varicose con pronto coagulo. Altre prove sarebbero necessarie per accer-

tare la vantata azione modificatrice su le piaghe cancerose. (« Dell'uso dell'jodoformio in chirurgia. » Memoria, Pavia 1870).

In questi effetti locali del jodoformio niuno ve n' ha che, sostanzialmente almeno, non sia pure del jodio, se ne eccettui quello del far cessare o diminuire il dolore. Ma come può mai cotesta sostanza riescire un potente *jodico* senza scomporsi, e scomponendosi, facendo cioè libero il jodio, che contiene nella proporzione del 90 per 100 (1), come può avere i *migliori pregi d' un narcotico*? L' Humbert ed il Morétin sostennero che passa in parte inalterato nel sangue e nelle secrezioni, altri disse che è venefico in minor dose e in più breve tempo del jodio; ciò che parrebbe non dovesse sì facilmente avvenire se il jodoformio fosse sì pronto a scomporsi, come di bel nuovo a ricomporsi, in joduro, probabilmente di sodio, secondo che afferma il Moleschott. In breve occorrono maggiori studj per chiarire sì fatti dubbj, e rimuovere le difficoltà che pur si trovano nel voler dar ragione del modo con cui opera il lodato medicamento: gli ottenuti buoni effetti, e gli altri che si spera di conseguirne debbono invogliare alle nuove indagini. Tra le quali dovrebbe pur esser quella di vedere se il joduro d' etile ($C^2 H^5 J$), che è anetestetico, ricco di jodio (81 per 100), facilmente decomponibile, possa tener luogo per certi rispetti del jodoformio. Secondo il Rabuteau formerebbesi joduro di sodio che esce per la via de' reni ed alcool (*Journ. de Thérap.*, 1878 p. 193)

GAILLARD TOMMASO. **Le injezioni intravenose di latte in sostituzione alla trasfusione del sangue**; (*New-York medical Journal*, maggio 1878. *Commentario Clinico di Pisa*, 1878, pag. 343).

Le injezioni di latte nelle vene invece del sangue finora sommano a 12, e cioè 3 del dott. Hodder, 2 del dott. Howe e 7 del Gaillard Thomas, il quale ne trae le seguenti conclusioni:

1° L' injezione di latte nel sistema circolatorio è un processo sicuro e praticabile col quale si evitano le difficoltà ed i pericoli delle injezioni di sangue; 2° deve adoperarsi latte di vacca sana e munto pochi minuti avanti l'injezione; 3° un tubo di vetro ed uno di gomma elastica terminante in una cannula ago molto piccola è l'apparecchio più sicuro per quest'operazione; 4° l'injezione di latte è più facile della trasfusione di sangue; anche le persone estranee alla chirurgia possono praticarla senza difficoltà; 5° l'injezione di latte è seguita generalmente da freddo e da rapido elevarsi della temperatura. Dopo sussegue ben essere dell'infermo; 6° l'uso delle injezioni di latte non è limitato alla prostrazione di forze per emorragia, ma è indicato nelle alterazioni profonde del sangue, come il cholera, le tifoidee, l'eclampsia puerperale, ecc.; 7° non debbono injettarsi più di 8 oncie di latte per volta. L' Autore dice che le injezioni di latte nelle vene avranno splendido avvenire.

(1) La formola del jodoformio è $C^2 H I^3$.

Eccoci dunque nuovamente alla *medicina e chirurgia infusoria* della quale, insieme con la trasfusione del sangue, i nostri medici e fisici del seicento cotanto ingegnosamente s'occuparono, senza per altro giungessero ad assicurare loro stabile posto nella terapeutica; onde è che il Targioni Tozzetti nel secolo scorso lamentava nella stessa Toscana, dove pure era uscita la celebre *Stadera medica* del Folli, in cui oltre la medicina infusoria si *bilanciava* la trasfusione del sangue (Firenze 1680), le due operazioni, le quali in certi casi potrebbero essere utilissime, fossero già andate in disuso (« Notizie degli aggrandimenti delle scienze fisiche in Toscana. » Firenze 1780, I 262). Ma è proprio il latte con il complesso de' suoi componenti, come sostanza grassa e caseosa, che produca tutti que' meravigliosi effetti? Ricordiamoci delle injezioni d'acqua tiepida tentate dal Magendie nell'idrofobia, le quali pur valsero a sopire il delirio, a frenare le convulsioni; ricordiamoci delle injezioni d'acqua salata fatte e nel cholera e nelle profuse emorragie uterine dai medici inglesi, specialmente dal Lewins d'Edimburgo, or fa più di 40 anni.

MARTY G. **De la valeur relative de diverses préparations d'écorce de grenadier dans le traitement du taenia.** (*Bullet. général de Thérap.* 1878 XCIV. 145, 203, 257, 304, 350, 394).

Da molte osservazioni fatte negli ospitali militari l'Autore ha ragioni per affermare che la scorza dei rami di media grossezza del melograno ha, purchè fresca, la stessa virtù antelmintica della scorza della radice. Ma non tutte le preparazioni sono egualmente efficaci: l'apozema fatto generalmente con 60 grammi è ridotto da 500 grammi, a 400 ed anche a 250 grammi di liquido è la migliore delle preparazioni: l'estratto etereo non vale altrettanto, e così pure l'estratto acquoso ottenuto dalla evaporazione dell'apozema, forse perchè il calore continuato per troppo tempo nuoce ai principj attivi della preparazione, ovvero perchè ai buoni effetti di essa è necessaria discreta quantità d'acqua (1). Quantunque non sempre necessaria, nondimeno è bene fare susseguire un purgante un'ora, od al più due ore dopo che venne amministrato l'apozema suddetto; il quale, sebbene amaro e non poco spiacevole, può esser preso abbastanza facilmente e senza che produca nausea o vomito, avendo riguardo di farlo prendere freddissimo in due o tre volte, lasciando di mezzo un quarto d'ora. V. più sotto l'articolo *Pelletierina.*

Il farmacista Yvon afferma che il miglior modo di preparare la corteccia di melograno è di mescere i liquidi ottenuti parte per lisciviazione a freddo, parte per digestione a 50 gradi, evaporata che sia questa alla medesima temperatura; si ottiene un liquido perfettamente trasparente, con odore assai piacevole e sapore non così ingrato come quello del decotto. (*Bullet. génér. de Thérap,*; 1878, XCV, 30).

(1) L'Autore dice *soit qu'une certaine quantité d'eau favorise l'absorption du médicament et assure son effet.* Ma l'azione antelmintica è affatto locale, nè ha d'uopo dell'assorbimento.

Heilborn M. **Experimentelle Beiträge zur Wirkung subcutaner Sublimat, Injektionen.** (*Contributi sperimentali intorno l'azione delle injezioni sottocutanee di sublimato*); (*Arch. f. exp. Pathol. und Pharm.*, 1878, VIII 360).

Da questo lavoro suggerito dal Cohnheim e fatto nell'Istituto patologico di Breslavia, ricaviamo le seguenti cose, le quali hanno maggiormente attinenza con la farmacologia e la terapeutica.

Negli animali (conigli e cani) si osserva talvolta una particolare resistenza all' azione venefica del deutocloruro di mercurio, in modo da tollerare per due o tre settimane quelle dosi, a cui altri soccombevano alla 3ª o 4ª ed anche alla prima injezione.

Il *sublimato peptone* di Bamberger, che contiene un centigr. di sublimato per 1 centigr. di soluzione, è meno tollerato del semplice sublimato.

Non di rado avviene la degenerazione adiposa delle fibre muscolari del cuore, con che spiegansi i casi di morte improvvisa nell' idrargiria acuta.

La mucosa dello stomaco e degl' intestini, e soprattutto quella del cieco soggiace ad un processo difterico con emorragie ed ulcerazioni: nei canalicoli renali, siccome già avea osservato il Saikowsky, succede un deposito od infarto di sali, il quale è tanto maggiore quanto minore è la quantità di mercurio depositato negl' intestini e viceversa.

Nel midollo delle ossa s'osserva una forte iperemia; le cellule midollari e le altre adipose del tessuto osseo si fanno atrofiche ed anche scompajono.

Se gli animali siano sottoposti per molto tempo ad injezioni di sublimato in tenue dose le anzidette alterazioni negli organi interni sono meno manifeste, e nelle ossa non trovasi iperemia, ma soltanto una maggiore friabilità nel segarle.

Il dimagramento incomincia subito dopo pochi giorni e può andar tant' oltre da scemare della metà il peso dell'animale.

Metalloscopia e Metalloterapia.

Chi avrebbe detto parecchi anni fa che cotesti argomenti derisi nel campo scientifico, negletti od abbandonati nel pratico sarebbero oggi divenuti quasi di moda, oggetti d'investigazione e di sperimento per il fisiologo, d'osservazione per il patologo, espediente di cura per il clinico? Quando il Maggiorani nel 1869 pubblicò l'opuscolo la *magnete ed i nervosi*, quella centuria di osservazioni e di prove venne accolta con la freddezza della diffidenza, con il ghigno dell'incredulità; e se in medicina vi fosse la Congregazione a ciò, certo è che sarebbe stato messo all' *Indice*, senza neppure la clausola del *donec corrigatur*, sì quello giudicavasi privo d'ogni sodo fondamento, ed affatto fuori della buona via. *Habent sua fata* .... (Vedi *Annali univ. di medic. Rivista*, 1878, CCXLIV, 167).

Frattanto ci piace levare dal Giornale il *Morgagni* il seguente ar-

ticolo di Francesco Vizioli, il quale compendia alcuni de' più recenti scritti in proposito, e dà insieme sufficiente idea dell' importanza della metalloscopia e metalloterapia, e delle applicazioni che se ne possono fare e per la scienza e per l'arte.

I. BURQ. **Una nuova applicazione felice della metalloterapia.** (*Tribune Médicale*, mai 1878).

II. CHARCOT. **Influenza del magnete e del Selenoide sull'anestesia isterica.** (*Id.*, julliet 1878).

III. VIGOROUX. **Un caso di emianestesia da causa organica trattato con successo coll'azione a distanza di un'elettro-calamita.** (*Mouvement Médical.* juin 1878).

IV. MARAGLIANO e SEPPILLI. **Studi clinici a contributo dell'azione delle correnti elettriche, dei metalli e della magnete in alcuni casi di anestesia.** (*Rivista Sperimentale di freniatria e di medicina legale.* Fasc. 1, 1878).

I. Da circa 25 anni Burq si è sforzato di dimostrare che negl'infermi presi da anestesia, quando si applicano sulla loro pelle diversi metalli, come oro, rame, ferro, ecc., si può con uno di essi far scomparire l'anestesia. Il metallo che raggiunge questo scopo non è sempre lo stesso per ciascun individuo.

Burq non ebbe la fortuna di far persuasi i medici intorno l'esattezza delle sue vedute; ma in questi ultimi anni, dopo le esperienze fatte alla Salpêtrière innanzi una Commissione nominata dalla Società di Biologia composta da Charcot, Luys e Dumontpallier, si sono pubblicati più lavori in conferma delle cose da lui già da molto tempo annunziate. Ecco in che esse essenzialmente consistono.

Quando si applica sulla cute anestetica la placca di uno di quei metalli innanzi detti, ritorna la sensibilità insieme ai fenomeni che Burq descrive colle seguenti parole: « Da principio i malati risentono, nel mezzo dell'applicazione dei metalli ed in una zona più meno estesa, dei formicolii, una sensazione di calore; dopo l' osservatore constata ben presto nelle medesime regioni un rossore, il ritorno della sensibilità, la elevazione della temperatura misurata col termometro ed infine il ritorno della forza muscolare misurata al dinamometro. » Si è notata l'analogia di questi fenomeni con ciò che producesi per mezzo dell' elettricità.

Fatti così bizzarri sono stati spiegati diversamente, ma la più accettabile ipotesi è quella che li assimilava a ciò che vien prodotto dall'elettrico; e Regnard ha istituito delle esperienze al riguardo. Da principio pone in comunicazione con un galvanometro la placca metallica, ed un punto della pelle distante 2 centim.; ed osserva una corrente la cui intensità è in ragione dello stato di traspirazione della pelle. Regnard misura l'intensità di questa corrente che è assai debole, e servendosi allora di una pila Trouvé, che somministra una corrente di eguale intensità, ottiene gli stessi risultati delle applicazioni metalliche.

Un fatto curioso si è notato in queste esperienze: dapprima notato da Gellé per l'udito, di poi da Landolt per la vista, infine da Charcot ed altri per la sensibilità cutanea. Quando in una isterica emianestetica, sotto la influenza di tali applicazioni metalliche, si fa ricomparire la sensibilità nel lato affetto, questa scomparisce nel lato sano, in parti perfettamente simmetriche. Questo fatto non è così facilmente spiegabile, come si è tentato di fare, colle teorie attuali della fisiologia.

Poste queste notizie sulla metalloterapia, passiamo ad esporre i casi recenti, in cui essa ha dato de' risultati non solo soddisfacenti, ma duraturi; poichè oltre quanto abbiamo premesso, che cioè la metalloterapia è stata finora piuttosto un argomento scientifico, vi è pure da considerare che l'anestesia, che cessava dietro questo metodo ritornava ben presto dopo la rimozione delle placche metalliche; e ciò ne faceva quasi frustranea l'applicazione.

II. Un primo caso di guarigione durevole, quale è quello registrato nella prima delle Memorie citate, ci ha spinto a farne parola nel nostro giornale. Questo caso riguarda una giovane isterica, completamente discromatopsica ed insensibile al lato destro, alla quale Charcot mercè la applicazione dell'oro rendeva in modo passeggiero la percezione dei colori e della sensibilità. Questa inferma, curata poscia dal dottor Burq che la presentò alla Società di Biologia. (Seduta dell'11 maggio, 1878) sperimentò un gran bene dell'applicazione *continua* dell'oro. Ma dopo una miglioria manifesta, ricadde un bel giorno nel suo stato primiero, senza che quel metallo le avesse arrecato alcuna miglioria. Si sospettò che si avesse a fare con un caso così detto *polimetallico*: vi ha infatti delle sensazioni miste, cioè eccitabili con metalli doppi, oro ed argento, rame ed oro, ecc. Burq, guidato da ciò, applicò all'inferma un braccialetto bimetallico. L'anestesia che è tolta, ma che è solita a ricomparire dopo quattro o sei minuti, questa volta non è ricomparsa più, e rimosso il piccolo apparecchio la ragazza si è conservata sempre sana: cioè i sintomi di insensibilità e di discromatopsia non sono più ricomparsi. Essa riconosce bene i colori, è perfettamente sensibile e la pressione della mano segna al dinamometro 45 nell'istesso lato altra volta paralitico.

Charcot, che ha tanto illustrata l'emianestesia isterica, ha voluto sperimentare se la magnete aveva influenza a farla scomparire, almeno temporaneamente; e qualche tentativo da lui fatto alla Salpêtrière gli ha dato un buon risultato. Ma ciò non è nuovo; e leggiamo nella *Tribune médicale* un ricordo di ciò che si era in proposito praticato da altri; e, cosa al certo non comune, vi è dichiarato che un italiano siasi veramente occupato con profitto e dottrina dell'argomento. Si sa da noi che l'illustre Senatore Maggiorani è stato quegli che ha fatto delle originali ricerche sulla magnete e le nevrosi; ma il sentirlo confessare da un francese è cosa che per la sua rarità riesce un fatto straordinario. Ecco come è detto nel citato giornale: « Ad uno scienziato italiano, al

« prof. Maggiorani si deve di avere veramente esteso il campo delle nostre « conoscenze su questo punto curioso della medicina. Egli ha pure rav- « vicinati, e con ragione, gli effetti ottenuti dall' applicazione dei sele- « noidi con quelli avuti dall'applicazione della magnete. » Ma subito il vezzo nazionale si fa manifesta dopo queste parole. Si legge infatti immediatamente dopo: « Frattanto nel prof. Maggiorani non si trova an- « cora quella determinazione dei fatti che sola può condurre alla sco- « perta delle vere leggi. Charcot si è sforzato di recare in questo stu- « dio la precisione che finora gli aveva fatto difetto e perciò egli ha « agito sopra una sindrome conosciuta e determinata, l' emianestesia « isterica. » Così l'articolista della *Tribune médicale*; ed eccoci al solito, dicevamo, vezzo francese: non potendosi negare quanto di originale e d'importante erasi fatto da un italiano, se ne attenuano i risultati col dichiararli poco precisi, non studiati con fatti determinati, mentre ciò è il merito dell'autore francese. Gl'italiani, grazie al cielo, oggi si conoscono meglio, e sanno che questa determinazione dell'influenza della magnete in alcune forme nervose è stata data dall'istesso Maggiorani a proposito di un caso di catalessia. E basta di questa digressione.

Charcot adunque che ha ben altri titoli alla stima universale, senza aver bisogno di questo che ha voluto attribuirgli la *Tribune médicale*, Charcot si è servito di due giovani malate alla Salpêtrière per studiarvi la influenza di cui si tratta. Su di una fece agire la magnete, sull'altra un senoloide, il quale, come l'aveva assai bene stabilito il Maggiorani (son parole che l'articolista della *Tribune Médicale* ha la compiacenza di stampare) possiede, fisiologicamente parlando, tutte le proprietà della magnete. L'una di esse malate era emianestica a destra, l' altra a sinistra. Sopra l'una si applica la magnete sull'avambraccio ben coperto di una tela: sull'altra si passa un selenoide al piccolo dito. Si aspetta. Dopo un cinque a dieci minuti la sensibilità riappare: nell' ammalata colla magnete la sensibilità ritorna in tutto il lato; nell' altra col selenoide ricomparisce solamente al dito solo che l'attraversa con una piccola aja vicina. Ma, cosa curiosa, a misura che la sensibilità ritorna alle parti anestetiche, essa manca nelle parti similari fino allora sensibili. Si direbbe che l'organismo non possiede che una dose limitata di sensibilità e che questa non può manifestarsi in un lato senza scomparire dall' altro. V' ha dippiù: la malata al selenoide, che ha riacquistata la sensibilità al piccolo dito in esperienza e che la perde in conseguenza nel piccolo dito dell'altra mano, riacquista egualmente la sensibilità nell'ultimo delle dita del lato anestetizzato e la perde nell'altro. La simmetria è completa.

Tutto ciò non dura che poco tempo, l' anestesia di ritorno si manifesta, e le cose ritornano allo stato primitivo, ma non di una maniera ben netta; poichè dopo qualche minuto un nuovo spostamento di sensibilità si effettua da sè stesso, per essere seguito questa volta da un ritorno completo e definitivo. Si assiste così ad una vera serie di oscil-

lazioni che forse non ha fine così presto come i nostri mezzi di esplorazione ci autorizzano a credere.

La magnete del Faraday, l'elettricità statica producono, al dire di Charcot, degli affetti assolutamente simili. Non resta dunque di particolare alla metalloterapia che l'idiosincrasia segnalala di Burq ed oggidì ben constatata.

Così espone la *Tribune médicale* il lavoro dello Charcot. Ora prendiamo dal *Mouvement médical* quanto si dice a proposito di quello del Vigouroux.

Vi sono più casi di emianestesia legata ad una lesione cerebrale, che han ceduto istantaneamente a delle medicazioni più o meno connesse coll'elettricità.

III. Il dott. R. Vigoroux, autore di questa nota alla Società di Biologia, ha citato in primo luogo i due ammalati di Charcot. Si trattava d'emorragia cerebrale antica, che aveva prodotto ad un tempo una emianestesia generale e speciale, l'emicorea. Un'applicazione metallica bastò a far scompasire l'emianestesia e l'emicorea fu ancora notevolmente minorata. A questi fatti si possono ravvicinare quelli osservati da Magnan presso ammalati affetti da alcoolismo. Ivi pure l'emianestesia è scomparsa rapidamente e definitivamente sotto l'influenza della galvanizzazione.

Regnard e Debove avevano anteriormente alla comunicazione di Magnan osservato all'Hôtel-Dieu un caso analogo. Il loro malato alcoolico fu liberato dall'anestesia con una sola applicazione della corrente di due elementi Trouvè: la sensibilità si è mantenuta dopo interamente. L'osservazione non è stata pubblicata.

Infine un altro osservatore, Grasset (di Montpellier) ha usato la corrente indotta con dei risultati analoghi nell'emianestesia in seguito di emorragia cerebrale.

Il malato di Vigouroux non presenta nulla di veramente nuovo sotto il rapporto patologico; ma è interessante da un altro punto di vista: in esso infatti è stato adoperato un agente poco usato in terapeutica, la magnete; e la modificazione organica da cui è risultato il ritorno della sensibilità è stata ottenuta con un'azione a distanza analoga alla induzione magnetica.

IV. I dottori Maragliano e Seppilli, medici assistenti nel Manicomio di Reggio-Emilia, han voluto studiare questo argomento, e con larga copia di osservazioni ed esperienze lo hanno bene illustrato.

Ecco le conclusioni cui pervengono gli autori:

1° Nell'emianestesia, l'applicazione o di correnti elettriche, o di placche metalliche, o di una magnete, ha per effetto il ritorno non solo delle diverse specie di sensibilità generale, ma anche delle sensibilità specifiche;

2° Nell'emianestesia d'origine cerebrale ed organica, la sensibilità di

ritorno si estende non solo alla zona di applicazione di questi vari mezzi, ma ancora a tutta la metà del corpo anestetico;

3° Nelle isteriche, il ritorno della sensibilità dal lato prima anestetico coincide con una contemporanea scomparsa di quella del lato sano e ciò in zone perfettamente simmetriche;

4° La durata della sensibilità di ritorno è più persistente nei casi di anestesia organica, che in quelli di anestesia funzionale;

5° I diversi mezzi che determinano tali effetti, agiscono tutti molto probabilmente per correnti elettriche, le quali a loro volta agirebbero sia sulle fibre vaso-motorie, sia ancora più specialmente sulle fibre sensitive;

6° Dei due poli della calamita, il polo sud sembra avere una maggiore azione;

7° L'iperestesia ovarica può scomparire sotto l'azione della magnete (1).

HUCHARD HENRI. **De l'emploi de la pancréatine dans les dyspepsie et en particulier dans les dyspepsies gastro-intestinales et les diarrhées chroniques.** (*L'Union médicale*, 1878, N. 91, pag. 181).

Il dott. Huchard avea già nel 1874 insistito sui buoni effetti della pancreatina in certe dispepsie, e soprattutto in quelle connesse ad insufficiente escrezione della bile, cioè nelle itterizie croniche (*Union médicale*, tom. XVIII, pag. 493, 766). Ora, prendendo occasione dalla memoria del dott. Bertrand, in cui è molto lodata l'efficacia della pancreatina nella diarrea cronica della Conchincina (*Archives de médecine navale*, 1878 mai, p. 352), lo stesso Huchard raccomanda, per le prove fattene, la pancreatina siccome rimedio di grande virtù in *tutte le dispepsie*, e « specialmente nelle dispepsie gastro-intestinali, nelle diarree croniche, nelle dissenterie croniche, nell'enterite dei fanciulli e dei vecchi, in tutti i casi di degenerazione del pancreas, in tutti i casi ne' quali la secrezione ed escrezione della bile, non compiendosi liberamente non poco impediscono la buona digestione o piuttosto emulsione delle materie grasse, e, di conseguenza, in tutte le itterizie croniche. »

I benefici effetti della pancreatina in simili casi spiegansi con ciò che 1 grammo di tale sostanza basta ad emulsionare 15 grammi di materie grasse, a digerire 50 grammi di fibrina, 20 di santonina, 33 di albumina cotta, e a trasformare in glicosio 8,89 d'amido. Pertanto bastano 5 pillole, ognuna di 20 cent. per produrre tutte coteste mutazioni, le quali avverranno anche più sicuramente se seguasi il suggerimento

(1) L'argomento ci fa ricordare che nel seicento erano raccomandati *anelli di ferro* siccome utili a preservare dal *granfo e dalle vertigini*; e che per far cessare le convulsioni epilettiche si cercava d'intromettere fra i denti medaglie di rame dette di Sant'Elena, o chiavi di ferro. (Boccone D. Paolo. « Osservazioni naturali. » Bologna 1684, pag. 75).

del prof. Gubler di coprire le pillole stesse di cera, affinchè possano passare intatte dallo stomaco nel duodeno, non venendo punto alterate dal succo gastrico.

TANRET. **Sur la pellettiérine alcaloide de l'écorce de grenadier.** (*Bulletin général de thérap.*, 1878, XCIV, 455.

Il fatto che la scorza del melograno sì della radice come de' rami è efficacissima contro la tenia finchè è fresca, inerte o molto meno valevole quando è secca (1) mossero l'Autore, farmacista a Troyes, a cercare se qualche sostanza molto alterabile fosse nella droga, e della quale fosse anche il principio attivo. E così gli è parso d'aver trovato un alcaloide volatile, che, in onore del chimico maggiormente benemerito nella storia degli alcaloidi, propone di chiamare *Pelletierina*.

Tale alcaloide verrebbe separato per mezzo del cloroformio dall'acqua passata a traverso alla polvere della scorza de' rami e della radice di melograno bagnate con denso latte di calce. Agitando il cloroformio con qualche acido minerale diluito, tanto che la reazione sia neutra o lievemente acidula, si ottiene, secondo l'acido adoprato, una soluzione di solfato, cloridrato, azotato di pelletierina che evaporata nel vuoto e presente l'acido solforico darà il sale cristallizzato. Si separa l'alcaloide scomponendo la soluzione salina con carbonato di potassa, e agitandola con etere o cloroformio, che poi distillato a blando calore lascia per residuo l'alcaloide.

Proprietà fisiche. — Ha consistenza oleaginosa, senza colore se ottenuto evaporando nel vuoto le soluzioni nell'etere e nel cloroformio, giallognola se invece le soluzioni stesse siano distillate all'aria. Un lucignolo imbevuto di pelletierina brucia come se intriso di olio volatile. A 0 gradi ha la densità di 0,999, a 21 gradi di 0,895. Altissimo n'è il coefficiente di dilatazione. Tiene odore aromatico lievemente viroso; volatile anche alla temperatura consueta; le macchie oleose che forma sulla carta scompariscono prestissimo; bolle da 170 a 180 gradi e molto si colora in contatto dell'aria. Solubilissima nell'acqua, nell'alcool, nell'etere e specialmente nel cloroformio che la toglie alle soluzioni acquose.

Proprietà chimiche. — Reazione fortemente alcalina; satura gli acidi energici e forma sali cristallizzabili, oltremodo igrometrici, con lieve odore di pelletierina. Tali soluzioni saline evaporate nella stessa, mentre prima erano senza colore, coloransi molto e divengono acidissime perdendo parte della loro base.

La pelletierina è alcali potente; spande fumi bianchi quando le si accosti una bacchetta bagnata nell'acido cloridrico allungato. Non precipita le soluzioni dei metalli terrosi ed alcalino-terrosi, bensì quelle dei metalli propriamente detti. Con l'azotato di cobalto e con il solfato di

(1) Vedi sopra l'articolo del dott. Marty intorno la migliore preparazione della corteccia di melograno.

rame forma un precipitato turchino insolubile in un eccesso di pelletierina. Il cloruro d'oro la precipita, non quello di platino. A guisa degli altri alcaloidi è precipitata dal tannino, dall' acqua bromata, dal joduro jodurato di potassio, ecc. Il precipitato formato dal tannino è solubile in un eccesso di reattivo; invece l'altro dall' acqua bromata in un eccesso di pelletierina.

Ma cotesta pelletierina sarà proprio il principio attivo del melograno, dell'efficace tenicida? Il Tanret attende la risposta dai medici; intanto fa loro sapere che avendo preso 14 cent. di solfato di pelletierina (quando già la sera precedente n'avea sperimentato 8 cent.) ebbe rallentato il polso di 20 battute tre quarti d'ora dopo, ed anche giramenti di capo per 10 minuti, ma non tali da impedirgli di continuare a scrivere.

Pilocarpina.

I. Leyden, **Degli effetti terapeutici del cloridrato di pilocarpina.** (*Medicin. Wochenschrift*, Berlin 1877, n. 28, e *Bulletin général de Thérap.*, 1878, XCIV, 63).

Il cloridrato di pilocarpina, l'alcaloide del jaborandi, è stato adoprato in molte e diversissime malattie, ma particolarmente con manifesto vantaggio nelle seguenti:

1.° Nelle malattie febbrili, nella febbre tifoide, nell'angina catarrale nel reumatismo articolare febbrile, nel quale può accompagnarsi al salicilato di soda; 2.° nei dolori sciatici; 3.° nella parotitide mercè al sollecito e copioso sudore; 4.° forse anche può giovare ajutando l'espettorazione i catarri secchi; 5.° nella cura delle idropisie. Anzi è in questa che la pilocarpina è meglio indicata; ned essa affievolisce, com'è stato detto, le contrazioni del cuore e neppure peggiora lo stato de'reni, se per avventura fossero alterati. Invece, eccitando abbondante sudore supplisce al difetto della secrezione dell' orina e quindi per certo tempo rimuove i pericoli che altrimenti da sì fatta alterazione seguirebbero. Se non che dopo un certo tempo, a motivo dell'abitudine, l'effetto non più succede. La pilocarpina non guarisce già le malattie del cuore o de' reni, ma soltanto, ed è non piccolo benefizio, solleva l'infermo mitigando o togliendo una complicazione incomoda e pericolosa, gli spandimenti sierosi, l'edema delle gambe. Può altresì ottimamente servire nelle stesse forme acute della nefrite, in quella ad esempio che sussegue alla scarlattina; occorre sollecitamente provvedere al difetto della secrezione dell'orina, ed alle gravi conseguenze di esso (idrotorace, edema polmonare, uremia, ecc), ed i sudoriferi sono in generale i migliori rimedj; ma non tutti in ogni caso convengono, e i bagni caldi, ad esempio, sono male tollerati quando siavi versamento sieroso nella pleura o nei polmoni. Invece la pilocarpina vale a promuovere copioso sudore senza irritare i reni già malconci, nè spossare l'infermo specialmente se giovane e non affievolito da lunga malattia.

Ne' casi osservati dal dott. Leyden non v'era proprio anuria; nondimeno i sintomi erano gravi: trattavasi di nefriti consecutive alla difterite. E tutti i malati trovaronsi meglio rispetto all'idropisia ed alla dispnea, quand'anche scarsissima rimanesse la secrezione dell'orina. Dopo alcuni giorni la diuresi aumentava ed il miglioramento proseguì spedito.

Il cloridrato di pilocarpina va introdotto per injezione sottocutanea alla dose di 25 milligrammi una o due volte al giorno: la dieta sia lattea.

II. Parisi Vitichindo, **Pilocarpina quale mezzo abortivo; risultato negativo.** (*Gazz. med. Prov. Venete*, Padova 1878, p. 280).

Dopo i casi narrati da Musemann e da Späth potevasi credere che veramente la pilocarpina avesse facoltà, injettata sotto la pelle, di promuovere il parto prematuramente, ed anche l'aborto. Ciò nondimeno niun effetto produceva, per questo riguardo, in una donna gravida da tre mesi, alla quale importava di vuotare il più presto l'utero, affinchè non corresse, il grave pericolo in cui fu già in altro parto, avendo, per effetto di osteomalacia, il bacino ristretto in 3.° grado. Del resto non avea essa altro malanno, nè veruna lesione cardiaca, che potesse controindicare la prescrizione del cloridrato di pilocarpina; il quale, provveduto dal laboratorio chimico di Merck in Darmstadt, venne injettato nella proporzione di 2 per 100 in un grammo di soluzione al braccio sinistro. Ecco i principali fenomeni osservati. « Il polso che prima della injezione contava 80, nello spazio di 8 minuti raggiunse un massimo di 108, per ridiscendere 23 minuti dopo l'injezione a 100; in tale stato si mantenne fino verso le 1 pomerid. (l'injezione era stata alle 11 del mattino e sulla fine di maggio), ora nella quale ritornò alla primiera frequenza. Dopo 8 minuti dalla injezione, l'ammalata incominciò ad accusare ptialismo; i sudori apparsi prima al volto ed al collo, si diffusero a tutta la metà superiore del tronco; la pupilla destra si fece un poco midriatica e la vista ottenebrata. Verso le ore 12.30 appalesaronsi conati di vomito, che durarono pochi minuti e da questo punto si osservò una diminuzione graduata dei fenomeni tutti. La salivazione però, prima fra essi a comparire, fu l'ultima a svanire, anzi non cessò affatto prima delle ore 1 pom. di quel giorno. In tutto questo tempo la donna non soffrì la più leggiera doglia e l'esame faceva riconoscere che tutto era immutato dal lato dell'apparecchio generativo. » Dopo un po' di riposo alle 2 e mezzo venne ripetuta l'injezione con mezzo grammo di più, e ne seguirono gli stessi effetti, con questo per altro che il sudore fu più copioso e diffuso anche agli arti inferiori, il vomito si ripetè più volte, e quindi lasciò maggiore prostrazione di forze. Non per ciò v'ebbero doglie od altri indizj d'aborto; il quale invece venne provocato col catetere elastico e con l'injezione.

L'Autore poi ricorda che anche al dott. Felsenreich, assistente alla Clinica ostetrica del Braun di Vienna, falliva, come abortivo; il clo-

ridrato di pilocarpina, di cui vennero injettati in 48 ore da 7 grammi, la soluzione essendo nella proporzione anzidetta del 2 per 100; moltissima invece fu la salivazione, scarso il sudore; polso assai frequente, dicroto ed anche irregolare.

III. Ortille (de Lille). **Hocquet rebelle traité avec succès par la pilocarpine.** (*Bulletin général de thérapeutique,* 1878, XCIV, 412).

Un vecchio di 62 anni, che da qualche tempo soffriva di vertigini, venne colto nello scorso marzo da sincope e da emiplegia sinistra. Sin da prima v'ebbero vomiti, prodotti probabilmente dall'anemia cerebrale, che durarono da 24 ore, ed a cui sussegui pertinacissimo singhiozzo. Il bromuro di potassio (8 grammi al giorno per 6 di), gli emetici, i rivulsivi, i sinapismi, i vescicanti sull'epigastrio, le perle d'etere (20 in 4 ore), il solfato di chinina, il cloralio idrato, le injezioni sottocutanee di morfina, ecc. furono senz'effetto, soltanto una tregua di due ore la si ebbe cauterizzando con ammoniaca il velo pendulo, e altrettanto con l'elettricità svolta dal piccolo apparecchio di Trouvé, posto un polo al collo, sul tragitto del frenico destro facendo scorrere l'altro intorno le inserzioni del diaframma del medesimo lato. Il singhiozzo continuava anche durante il sonno indotto dalle injezioni sottocutanee di cloridrato di morfina; erano passati 13 giorni ed il malato stremato di forze. L'Autore stava per tentare l'elettro-puntura, quando gli sovvenne che pure la pilocarpina ha azione sul nervo frenico; ne injettò allora 2 cent. e mezzo, e l'effetto fu quasi istantaneo: un quarto d'ora dopo il malato era *coperto di sudore ed avviata la salivazione, scomparso il singhiozzo per non più tornare.*

Brieger L. **Zur physiologischen Wirkung der Abführmittel.** (*Dell'azione fisiologica dei purganti*). (*Arch. f. exr. Pathol. und Pharm.* 1878, VII, 355).

È noto come, dopo specialmente le esperienze dello Radziejewski, si teneva quale fatto dimostrato che l'azione de'purganti consistesse essenzialmente nell'aumentato moto peristaltico, sicchè fra i lassativi e i drastici non sarebbevi altra differenza che quelli lasciano in quiete lo stomaco e l'intestino crasso, questi agitano tutto il tubo gastro-enterico, e però soffermano, ciò che non fanno gli altri, gli atti digerenti. Non si ammettevano quindi fosservi purganti che operassero eccitando nello stesso tubo enterico un flusso d'umori per effetto di esosmosi, secondo che Poiseuille, Liebig ed altri aveano detto, e Rabuteau ancora di recente avea sostenuto, chiamendo appunto *dialitici* cotesta specie di purganti salini.

Ora il Brieger, con la guida di Cohnheim, ha rinnovato gli esperimenti di Vulpian e Lauder Brunton, e n'ha conchiuso che veramente pei così detti sali medj v'hanno le negate correnti osmotiche, perchè sottraggono direttamente acqua ed eccitano copiose secrezioni delle glandole intestinali. Conferma che i lassativi agiscono accrescendo il movimento,

peristaltico degl'intestini, ciò che pur fanno i drastici, i quali per di più promuovono un'ipersecrezione delle glandole e anche un'essudazione infiammatoria.

Con le quali conchiusioni l'Autore meglio s'accosta e quanto l'osservazione clinica mostra, o ragionevolmente fa credere avvenga. Rimarrà per altro a persuadere che l'olio di ricino, ad esempio, purghi sì ottimamente e, direbbe il Redi, piacevolmente, mettendo in maggior moto gl'intestini, mentre di tale commovimento non v'ha sentore.

WINKUYSEN. **Nota sul « quinetum » e le sue proprietà terapeutiche.** (*The Practitioner*, 1878, Febr. p. 81, e *Bullet. génér. de Thérap.*, 1878, XCIV, 287).

Il dott. de Vry, medico olandese, chiamò *quinetum* un prodotto ottenuto dalla corteccia di china e composto degli alcaloidi, che sono nella corteccia medesima. Il dott. Winkuysen avendo prescritto tale sostanza in più di cento casi, n'ha tratto le seguenti conclusioni:

1.° La sola malattia d'origine palustre nella quale il quinetum non possa essere adoprato invece della chinina è la *febbre perniciosa*, perciocchè il quinetum per far sentire i suoi effetti ha bisogno di maggior tempo della chinina, mentre che condizione indispensabile nella cura della febbre perniciosa è il far presto.

2.° In tutte le forme di febbre intermittente palustre pura, il quinetum produce al pari della chinina l'apiressia, ma è meno potente e più lento; e però bisogna darlo a maggiori dosi e più presto della chinina per impedire l'accesso.

3.° Il quinetum non produce gli effetti sinistri ed anche pericolosi della chinina quando lo si dia durante l'accesso; lo si può prendere in tale tempo senza che ne segua malessere.

4.° Il quinetum non eccita mai rumori negli orecchi.

5.° Coloro che male tollerano la chinina, niun incomodo patiscono dal quinetum, pur avendone lo stesso effetto terapeutico.

6.° Ne' casi cronici il quinetum appare più efficace della chinina.

7.° L'azione tonica di quello è eguale, e forse maggiore di questa.

8.° Il quinetum senza paragone è superiore alla chinina ne' casi di febbre intermittente larvata, e particolarmente nelle affezioni reumatiche d'origine palustre.

Tayuya.

I. PELLIZZARI CELSO, **Il Tayuya come antisifilitico.** Relazione. (*Lo Sperimentale*, 1878, XLII, 35).

Il dott. Faraoni ha raccolto con molta premura le lodi date da parecchi alla tintura della radice di Tayuya come rimedio della sifilide e della scrofola (1); la relazione invece del dott. Celso Pellizzari, assi-

(1) « *Tayuya* (proprietà dei Fratelli Ubicini) contro la sifilide e la scrofola. » 2.ª relazione del dott. M. L. Faraoni. Milano 1878.

stente alla Clinica sifilopatica nell' Istituto superiore di Firenze, sarebbe come il rovescio della medaglia, rispetto almeno alla sifilide e ai 9 casi ne'quali tale medicamento venne adoperato nella Clinica istessa di cui è direttore il prof. Pietro Pellizzari. Per altro mentre nega che quello sia un antisifilitico, concede l'Autore abbia virtù *tonico-amaricante*, cioè quanto basta per riescire un buon coadjuvante del mercurio e del jodio nella cura de'morbi venerei, delle molteplici affezioni delle glandole linfatiche, e delle condizioni generali da cui coteste locali dipendono. Pur così circoscritto, ecco sufficiente campo per esperimentare il valore terapeutico del tayuya, il quale se non potrà stare in Campidoglio neppure verrà precipitato dalla vicina rupe. Ed invero una droga la quale contiene due *sostanze venefiche* (1) non può essere inerte per la terapeutica, e tra le cucurbitacee, a cui appartiene il Tayuya (*Dermophylla pendulina*), annovaransi pure medicamenti eroici, quali la brionia, l'elaterio, la coloquintide. Ciò premesso, ripetiamo le parole con cui il dott. Pellizzari chiudeva la sua relazione.

« Dunque? Il tayuya non è un antisifilitico: o per lo meno non merita di essere chiamato un succedaneo del mercurio perchè non ne possiede le qualità. Potrà farsi la questione se sia un buono adiuvante e questo potrà esserlo come la china, il ferro, ecc., o come tanti altri sia dicendo specifici che non avendo le virtù del mercurio o dell'iodio valgono pur qualche cosa. E come tonico amaricante non ho nessuna difficoltà ad ammettere che possa giovare alla lunga ai temperamenti linfatici, agli individui deboli e quindi predisporre bene il terreno e cooperare alla guarigione di certe affezioni pertinaci, per esempio, delle ghiandole linfatiche; e non ho nessuna difficoltà ad ammettere, benchè non l'abbia sperimentato, che possa giovare applicato localmente sulle ulcerazioni, come il vino aromatico. Ma basta questo per dirlo un antisifilitico? Per me no! »

Data quest'informazione alla Società medico-fisica fiorentina nell'adunanza del 28 maggio p. p., il dott. Marcacci, da parte anche del dottor Giarrè, riferiva il poco che s'era potuto osservare circa gli effetti del tayuya nella sezione delle malattie cutanee allo spedale di Santa Lucia e nella Clinica dermopatica diretta dal prof. Augusto Michelacci.

« Cinque individui adulti, affetti da scrofulidi della faccia, vennero curati per il lasso di cinque mesi circa, con la tintura di Tayuya de' Fratelli Ubinini amministrata internamente a applicata anche nelle località. Per uso interno si dettero dalle 15 alle 30 goccie al giorno; esternamente si fece uso di una soluzione del 5 al 10 per cento.

« Nessuna modificazione salutare determinò tale rimedio onde fu ne-

(1) Una è forse un glucoside, e l'altra è materia resinoide di odore nauseoso ed amara; tali principj, secondo il dott. Ciro Bettelli, appartengono *molto probabilmente alla categoria dei narcotici acri paralizzanti.* (« I principj attivi del Tayuya. « In: « Bullet. nelle sc med. » 1877, XXIII, 346).

cessario ricorrere agli altri mezzi di cura più comuni e più concludenti. Solamente in un sesto ammalato che si trova presentemente nella Clinica del prof. Michelacci dopo un mese circa di cura si sono avuti dei risultati più soddisfacenti.

« Si tratta di un uomo di 48 anni, che affetto da gravissimo *lupus* volgare del labbro superiore e del naso, prende da diverso tempo giornalmente una dose di Tayuya dalle 20 alle 30 goccie e fa sulla parte ammalata delle pesche con una soluzione di 40 parti di Tayuya su 100 d'acqua.

« È un fatto innegabile che l'ulcerazione presenta diverse isole di cicatrice; ma bisogna notare che questo malato è stato sottoposto precedentemente ad altri metodi curativi e che tre anni fa, fu nella Clinica chirurgica per lo stesso male e ne partì guarito previa la cura dell'Hebra.

« Dopo il dott. Marcacci prese la parola il dott. Raffaello Zannetti, il quale riferì a nome suo e del dott. Ferdinando Lecchini i risultati ottenuti con l'uso del Tayuya nelle prostitute curate da loro nel Sifilicomio di Firenze.

« Riportò prima tre casi di sifilide rappresentati da sole forme cutanee precoci in donne che non avevano fatto cure precedenti. Il Tayuya fu dato cominciando da 4 goccie e aumentando di 2 goccie al giorno fino alla dose di 30 goccie. L'uso non fu protratto al di là di un mese, perchè, non avendo ottenuto dopo 30 giorni alcun miglioramento, fu creduto bene ricorrere ai mercuriali che vinsero in brevissimo tempo le manifestazioni sifilitiche.

« In un quarto caso invece si cominciò la cura con le frizioni che dettero al decimo giorno fenomeni di idrargirismo; onde si pensò di ricorrere al Tayuya. Le manifestazioni risentirono qualche vantaggio, ma per sparire totalmente ebbero bisogno di nuove frizioni mercuriali. Riguardo a questa ammalata il dott. Zannetti fece la medesima riflessione, se quegli effetti benefici si dovessero riportare al Tayuya, o alle precedenti frizioni che avevano dato in poco tempo fenomeni d'idrargirismo.

« In un ultimo caso si trattava di una prostituta già stata curata due volte nel sifilicomio con la cura mercuriale. In questo caso il Tayuya oltre che per uso interno con le solite regole fu applicato localmente sulle placche mucose alla regione vulvo-anale. Dopo un mese l'uso dovè esserne interrotto per intolleranza dello stomaco. Le manifestazioni che non avevano sentito alcun benefizio da un mese di cura col Tayuya cederono in brevissimo tempo alle frizioni mercuriali.

« Esposti brevemente questi fatti, il dott. Zannetti disse pure che da loro il Tayuya era stato adoperato nella cura delle blennorragie e delle ulceri fagedeniche; e che nei primi casi non si era avuto alcun risultato soddisfacente e se qualche utile apportò nelle ulceri questo fu molto

lento e da non poter stare alla pari con quello ottenuto con l'acido fenico, con l'iodoformio, col cloralio, col tartrato ferro-potassico, ecc.

« Concluse dicendo che dietro i risultati avuti non avevano creduto bene di seguitare gli esperimenti, perchè ammesso anche che se ne potessero ottenere dei buoni risultati in un tempo lunghissimo, non era il caso di dare a tale rimedio la preferenza trattandosi di tali malate e di uno Spedale che è a carico dello Stato. »

II. Alpago-Novello L. **Contribuzione alla cura della scrofolosi mediante il tayuya.** (*Giorn. veneto di Scienze med.*, 1878, vol. XXIX, fascicolo di luglio).

Non sono più di tre casi e neppure l'esito n'è ben sicuro, poichè la cura non ancora è finita; nondimeno gli effetti ottenuti furono sì *eccellenti*, che all'Autore non parve di dover attendere se al grande miglioramento seguiva la guarigione nelle tre fanciulle; le quali aveano piaghe ulcerate e tumefazione delle glandole cervicali e sottomascellari. Eppure un po' più di pazienza sarebbe stato bene! perocchè oggi pel tayuya occorrano fatti, come nel precedente articolo si diceva, i quali pienamente dimostrino ch'esso, come che non sia uno *specifico*, ha un'azione tonica, prossima a quella degli amari, e però valevole a migliorare le condizioni generali dell'economia, e di conseguenza ancora la diatesi scrofolosa o taluna delle sue manifestazioni. Al quale cauto procedere il dott. Alpago-Novello dovea attenersi anche per una giusta osservazione da lui fatta, che pure s'avvera per altri medicamenti nelle malattie croniche, che il tayuya cioè « si mostra d'una sorprendente efficacia nel principio della sua somministrazione mentre in seguito esso non agisce se non molto lentamente e qualche volta anche con un miglioramento, oltre che tardo, incostante. » Ma la fretta del giovane medico può scusarsi dal desiderio d'invitare i colleghi a seguirlo nella via degl'impresi esperimenti, ricordando che la ripetiziono delle osservazioni è il miglior mezzo per poter distinguere il falso dal dubbioso, il dubbioso dal probabile, il probabile dal vero.

Timolo.

I. Balz. **Dell'azione fisiologica e terapeutica del timolo.** (*Archiv. der Heilkunde*, 1878, XIV 3, 4 Heft. — *Bullett. gén. de Thérap.*, 1878, XCIV, pag. 526).

II. Radcliffe Crocker. **Il timolo nelle malattie cutanee.** (*Brit. med. Journ.*, 1878, pag. 225. Ivi pag. 526).

III. Cozzolino Vincenzo. **Studj farmacologici e terapici sull'acido timico, solfotimato di chinina, e timato di soda. — Nuovi Rimedi. —** Napoli 1878. (Dal *Giornale internazionale di Scienze Mediche*).

I. Il dott. Balz nelle infermerie dal dott. Wunderlich ebbe occasione di vedere in confronto gli effetti del timolo d'acido timico e dell'acido salicilico.

Il timolo fu prescritto in emulsione ovvero in pozione: le osservazioni furono fatte in soggetti sani e sopra malati di febbre tifoide, reumatismo articolare, tisi, pielite. Inefficaci le dosi di 1 cent. ripetute parecchie volte; si dovettero dare da 1 gr. e mezzo a 2 gr. per avere qualche effetto terapeutico valutabile. Trentasei osservazioni diedero questi risultamenti.

Se il medicamento rimaneva a contatto con la mucosa orale e faringea, i malati accusavano un senso di puntura, e un sapore spiacevole nella bocca. Di rado v'ebbero nausee; una volta solo un malato, che era tisico, vomitò. Elevando la dose sorge fugace senso di calore all'epigastrio; talvolta successe diarrea consimile a quella della febbre tifoide. Nella maggior parte de' casi in cui venne ingettato il timolo, dopo mezz'ora od un'ora susseguirono sudori più o meno limitati e copiosi, ma sempre minori di quelli prodotti dall'acido salicilico o dal jaborandi. Qualche volta notossi aumento della secrezione dell' orina. E questa appariva fosca, verdognola, come se contenesse sangue, scura invece guardandola alla luce riflessa; col percloruro di ferro diventva torbida e bigia, tanto che si sarebbe potuto scambiarla, prevalendo cotesta tinta grigia; con orina itterica, od anche con quella che si ha nella nefrite commista a sangue; ma il non esservi albumina toglieva l'errore. Furonvi anche fenomeni nervosi: rumore d' orecchi, sordità, costrizione alle tempia: in un malato giunto alla terza settimana d'una febbre tifoide, una dose di 3 grammi produsse delirio violento che durò parecchie ore, e che poi cessò scemando la temperatura. In altro caso di febbre tifoide, il malato smarrì i sensi, poscia andò in farnetico con prostrazione di forze per parecchie ore. Nella febbre tifoide e nel reumatismo articolare, e spesso nella tisi, una dose di 2 a 3 grammi fa scendere la temperatura di alquanti gradi (3 a 5 Fahrenhert), ma spesso l'effetto va oltre il segno voluto, e il malato cade in collasso. Per evitare quest'accidente si dà il timolo in piccole dosi di 25 cent. ogni ora, 6 grammi nelle 24 ore. Il sistema circolatorio sente relativamente poco l'azione del timolo, poichè il polso non si rallenta in proporzione che scema la temperatura. Le injezioni sottocutanee furono pure tentate, ma senza buon frutto: erano dolorose e producevano infiammazione. E però il dott. Balz conchiudeva che il timolo è senza dubbio un antipiretico, ma incerto nell'azione, e che non vale nè l'acido salicilico nè il salicilato di soda.

II. Il dott. Radcliffe Crocker è medico assistente all'*University College*, egli ha adoprato il timolo in varie forme di affezioni cutanee: — 1.° in *unguento* (con 30 centigr. a 2 grammi di timolo); 2.° in *lozione* (timolo 30 centigr., alcool rettificato e glicerina ana 30 gr., acqua 240 grammi); 3.° in *soluzione* (30 cent. a gr. 2. 50 di timolato di potassa per 250 gr. d'acqua). Nè ha tratto buoni effetti negli ultimi stadj dell'eczema, quando altre cure avevano fallito: nella psoriasi non vale che quando sia divenuta secca, ne' più abbia infiammazione; lo stesso è del *lichen*

agrius. Ha giovato nelle varie specie di tigne (*tinea versicolor*, *tonsurans*, *circinata*), ma più specialmente in unguento ed in soluzione nella *versicolor*.

III. Il dott. Vincenzo Cozzolino dà in compendio la storia, e le proprietà chimiche e farmacologiche, gli usi terapeutici dell'*acido* od *alcool timico* $C^{20} H^{14} O^{2}$), il quale si trova abbondantemente nell' olio essenziale di timo (*Thymus vulgaris*, *serpillum*) della famiglia delle labiate. Per altro il suo idrocarburo *cimene* ($C^{20} H^{14}$) si trova anche negli olj provenienti dalla distillazione del catrame: ed ossidando cotesto cimene si ha per *sintesi* l'acido timico (*cimene-timol* del Paternò), mentre *per via analitica* lo si trae ordinariamente dall'olio essenziale di timo agitandolo con una soluzione concentrata di soda caustica, mercè cui si separano i carburi d'idrogeno che non si possono sciogliere: allungando quindi con acqua il liquido alcalino, e saturandolo con l'acido cloridrico il timol si separa, e poi si purifica per distillazione e si fa cristallizzare mediante soluzione alcoolica. E così è bianco, cristallizzato in forma di tavolette, di sapore piccante di pepe, solubilissimo nell' alcool e nell' etere, solubile negli olj, poco nell'acqua e nella glicerina, nelle quali per altro diviene solubilissimo aggiungendo alcune gocce d'alcool: si scioglie anche negli alcali a forma con essi de'sali. Ha proprietà chimiche affinissime con quelle dell'acido fenico, al pari del quale non arrossa la carta di girasole, nè lo sciroppo di viole, nè fa effervescenza coi carbonati; in egual modo si contiene con il cloro, bromo od acido nitrico, e, fissando sotto l'influenza del sodio acido carbonico, si converte in *acido timocilico* o *timotico* ($C^{22} H^{14} O^{6}$) omologo al salicilico e creosotico.

Bouilhon e Paquet aveano già raccomandato ai medici l'acido timico come succedaneo al fenico, sul quale avrebbe il vantaggio del grato odore. Il dott. Cozzolino ha confermato quanto avea detto il Lewin rispetto alle proprietà dell'acido timico di fermare intieramente la fermentazione alcoolica del glucosio adoprandone 1 parte su 10. Parimente ha veduto che impedisce la fermentazione dell' amigdalina e dell' emulsina, e ritarda la decomposizione dell'orina: pezzi di carne e piante sonosi conservate per un mese, avendoli bagnati in una soluzione di 2 p. d'acido timico su 100: del che non è a fare meraviglia se Burdon Landerson assicura che l'acido suddetto ha virtù parassiticida 100 volte più efficaci del fenico. L'Autore afferma d'avere trovato *portentose* le injezioni di acido timico sotto forma di emulsione gommosa (1|100) nell'ozena e nel catarro fetido del naso, e di essere rimasto contentissimo de'lavacri fatti con soluzione più carica (2|100) nelle ulceri veneree fagedeniche. Anche suggerisce (ciò che sarà di conforto agli uni, di guadagno agli altri, ora che abbiamo il male alle porte), *di portarlo addosso nelle ricorrenti epidemie, coleriche, tifiche, ecc., come suol farsi volgarmente con la canfora, e si sarebbe certo d'ottenerne maggiore effetto*. Pei disturbi intestinali facili ne'fanciulli ha fatto preparare delle

pastiglie all'*acido timico*; lo stesso parimente ne' catarri gastrici fermentativi, nelle diarree putride, nelle micosi intestinali, massimamente poi nell'*acetonemia* suggerisce il *timato di soda*, siccome nelle febbri infettive il *solfo-timato di chinina* « due nuovi rimedj, così il dottor Cozzolino, ch'io dono alla Farmacopea Italiana; ai quali sono pervenuto mercè la face della scienza della vita del cosmo, che è la chimica — vita dell'universo. » Per altro il solfo-timato come il solfo-fenato non è un composto chimico ben definito; invece il timato di soda è *un sale alcalino, nuovo per le sue proprietà, di gusto, di odore, di azione antisettica, antifermentativa, carminativa e leggermente antipiretica, sulle quali proprietà non v'ha da dubitare.* Si ottiene per diretta unione dell'acido timico col bicarbonato di soda; è bianco, di aspetto polverulento, di sapore acido piccante, solubilssimo nell'acqua, e la soluzione ha sapore gratissimo e piacevole odore. La dose pe' bambini è di 50 cent., per gli adulti di 3 a 4 grammi.

BIBLIOGRAFIA

De la temperature du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies; par P. LORAIN. Publications faites par BROUARDEL. (Paris 1877).

La nostra riconoscenza all'egregio dott. Brouardel, il quale da Lorain, rapito precocemente alla scienza, ereditava il non lieve incarico di pubblicare le note che formano quest'opera in due grossi volumi. Nell'uno trattasi la parte critica e dottrinale e storica sulla temperatura del corpo umano; nel secondo, che sarebbe la vera parte originale, risulta di tante curve termometriche che si riferiscono alla intermittente, dotinenteria semplice o complicata, alle febbri eruttive, allo stato puerperale, alle malattie dei neonati al reumatismo alla porpora, ecc. In questo volume i fatti sono numerosissimi, la osservazione sottile e coscienziosa, le deduzioni fin troppo sobrie. Non è questa un' opera di primo ordine perchè, da quanto risulta, l' Autore non ha potuto condurre a termine il suo disegno; la sarebbe riuscita tale se la morte non l' avesse innanzi tempo (durante l' esercizio del proprio ministero!), fatalmente assalito. Forse sopravvivendo l'Autore avrebbe adunato altre osservazioni e sarebbesi indotto a fare molte deduzioni che mancano nel suo libro, dove per conseguenza anche più facilmente si sente il difetto del lavoro. Lorain, come si scorge da qualche nota intorno alla storia della medicina, oltre essere un buon osservatore, era anche un egregio pensatore, quindi sulla base dei fatti raccolti avrebbe

potuto sollevarsi ad alcuni concetti che avrebbero resi più utili i fatti da lui tanto scrupolosamente osservati. Ma per mala sorte era forse troppo timido o credeva che a lui spettasse solo l'umile opera dell'operajo. Ad ogni modo quest'opera postuma sarà bene accolta dagli studiosi.

De-Giovanni

On the Pathology of the pneumogastric nerve; by S. O. Habershon. (London 1877).

In questo librettino di 93 pag. in piccolo formato, stampato come sanno gl'inglesi, raccolgonsi tre lezioni dette dall'Autore al Royal College of Physicians di Londra, fin nel 1876, sulla patologia del nervo pneumogastrico. Nella prima lezione discorre dell'anatomia e della fisiologia di questo importantissimo nervo, specialmente ne' suoi riguardi colla respirazione, colla deglutizione, circolazione e digestione; dice degli effetti che derivano dalla sua sezione, dalle anastomosi che incontra con altri nervi e dei sintomi laringei, spasmodici e paralitici che sogliono manifestarsi durante i varj esperimenti sulle branche cervicali. Nella seconda lezione considera specialmente i rami toracici del nervo e ne studia i fenomeni di spasmo e di paralisi nell'esofago, nell'apparecchio polmonale, nel cuore. Nella terza, prendendo di mira i rami addominali, mostra fenomeni di spasmo e di paralisi che si manifestano nel ventricolo. Qui dunque si tratta dell'applicazione della fisiologia del pneumogastrico alla patologia. A questa parola qualcuno senz'altro volta pagina; qualche altro invece, se sonnacchioso, riapra meglio gli occhi per vedere il bello. Ed è realmente bello e buono il metodo con cui l'Autore appoggiato alla osservazione clinica ed anatomica, corre alla sua meta convinto e convincendo del modo con cui i fenomeni morbosi della laringe del polmone, dell'esofago, del cuore e dello stomaco si devono produrre. Per noi nulla di nuovo nè di più ragionevole, abituati a leggere sui fenomeni morbosi le note che si riferiscono al sistema nervoso, che ha sempre tanta parte. Solo vorremmo permetterci un dubbio sulla frequenza delle alterazioni anatomiche, le quali deggiono far deviare la funzione del nervo. Così pure vorremmo che l'Autore avesse non solo accennato, ma fisiologicamente e clinicamente valutato il fatto dei rapporti anatomici, che il pneumogastrico contrae coi rami del simpatico. Ma ciò malgrado ripetiamo, che queste tre lezioni sono belle ed istruttive.

De Giovanni.

Manuale del Chimico Clinico; per Antonio Fato. Tip. Drucker e Tedeschi, Verona 1878.

È un bel volume di 183 pag. in ottavo dall'Autore dedicato a Gaetano Primavera, reputato chimico clinico, di cui l'Autore stesso è discepolo. A noi non cadde mai fra mani la prima edizione, cui accenna l'Autore nella prefazione al libro che annunciamo, il quale così ristampato avrebbe avuto, secondo le sue stesse parole, miglioramenti ed

aggiunte. In fatti il libro, come lavoro tipografico, non lascia a desiderare che qualche poco nelle figure; le quali ciò nullameno sono abbastanza chiare, numerose e ben scelte. Tutto il libro si divide in due parti, *chimica* e *microscopica*. Nella prima dopo brevi osservazioni preliminari, v'è esposto il reagentario clinico, il maneggio degli strumenti poi le analisi chimiche dell' urina normale e patologica, l'analisi degli sputi, dei vomiti, delle materie fecali e d' altri liquidi e sostanze che possono trovarsi anche accidentalmente nel corpo umano. Nelle seconda parte, dopo detto quello che si riferisce alle parti principali della tecnica microscopica, la quale potrebbesi ommettere, perchè si deve ritenerne edotto chi si accinge ad un tale esame, sono fatti conoscere, oltre la sostanza che accidentalmente entrano ad ingombrare i liquidi del nostro corpo, i sedimenti delle urine, il sangue, gli sputi; tratta delle macchie di sangue, del pus, del meconio e dei parassiti in genere. In una breve appendice alla parte chimica dice della ricerca del mercurio nelle urine, dell'esame del latte umano.

Siamo grati all' Autore per avere procurato ai giovani studenti il mezzo d'iniziare le loro ricerche al letto dell'ammalato. Potremmo desiderare che là dove accenna al valore clinico delle anomalie quantitative dei principali componenti l' urina, avesse usato maggiore cautela; per esempio, che l'urea in abbondanza diagnostichi corea, mania, non può stare; se questo non è un errore, non è però un fatto costante, nè la coincidenza dell'urea in abbondanza nella corea costituisce il momento principale per cui si fa clinicemente l'analisi dell'urina per rintracciarvi la quantità dell'urea. Tuttavia, facendo grazia all' Autore di questa ed altre lievi mende, che riflettono la mancanza di esperienza in lui, che è farmacista, nel terreno difficile della clinica; e che riflettono del pari la fase ancora incerta in cui trovasi la scienza su molti punti dell' argomento chimico-clinico, possiamo raccomandare questo libro ai giovani e sperare che nell'avvenire l'egregio Autore concellerà il neo che francamente abbiamo additato. DE-GIOVANNI

Die Krankeiten des Magens; klinisch und mit besonderer Rücksicht auf Hygiene und Therapie bearbeitet; von LEBERT. Tubingen, 1878.

Il nome del chiarissimo Autore ci dispensa da qualunque commento sopra questo libro da poco venuto alla stampa. Solo ci permettiamo dire, che la diffusione con cui sono trattati i singoli argomenti, l' ordine, la ricchezza de' sintomi, lo scopo igienico e terapeutico specialmente studiato e la molta esperienza dell' Autore costituiscono altrettanti titoli, per cui dev'essere raccomandata anche tra noi questo lavoro dell'infaticabile quanto espertissimo clinico. Noi che abbiamo attinto alle sue fonti fin dal principio della nostra carriera, ammiriamo la incessante opera che l'Autore consacra all'osservazione ed allo studio per seguire sempre il progresso della scienza. Questa nuova sua scrittura lo dimostra e

certo il lettore potrà convincersene leggendo, per esempio, i capitoli sull'ulcera dello stomaco, sul cancro, sulle nevrosi, ecc. DE-GIOVANNI.

Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie; von L. TRAUBE. *Dritter Band-Klinische Untersuchungen, herausgegeben*, von FRAENKEL. Berlin. 1878.

Fraenkel, parente e discepolo del compianto Traube, ha raccolto questo volume di ricerche cliniche. È un libro prezioso, dove si leggono alcuni casi clinici illustrati e già stampati sulla *Berliner Klinische Wochenschrifft* dall'Autore medesimo, non che una quantità maravigliosa di cose cliniche, gettate mano mano sopra un libro di note, che certo erano tanti argomenti per ulteriori opere nella mente dell'estinto. Questo libro non si può riassumere, perchè sebbene tutto sia stato bellamente ordinato da chi lo metteva a stampa, le note sono così numerose e in gran parte così aforistiche, che sarebbe mestieri ripeterle. Ne incominciammo e continuammo la lettura non solo con profitto, ma con un certo diletto, perchè ci pareva di assistere a quella ore quando nel silenzio dello studio, senza idea preconcetta, l'eminente uomo registrava le osservazioni fatte nel giorno, o le opinioni che in base alle osservazioni riusciva a formarsi sopra i più vari argomenti. Chiaro, preciso, arguto, sobrio e modestissimo sempre; qual'era a trattarlo tale ci sembra leggendo quest'ultimo frutto della sua infaticabile operosità. Allo studio di questo libro esortiamo i giovani medici, perchè imparino da così autorevole maestro come si debbano congiungere la fisiologia e la clinica; ed esortiamo pure tutti coloro i quali della propedeutica clinica non hanno ancora il vero concetto, e ne disconoscono la importanza. Un grande merito del Traube era la iniziativa: a lui ogni caso offriva il lato utile per la scienza e per la pratica; d'ogni istrumento sapeva trovare il punto di applicazione: per questo in fine al libro si leggono anche delle note sul cardiografo e si vedono due tavole portanti tracciati cardiaci, che sono i primi saggi delle sue ricerche sopra questo nuovissimo argomento. Peccato è che vadano prive di commenti e di indicazioni necessarie per meglio comprenderne il significato.

DE-GIOVANNI.

Della grandine o panicatura nell'uomo e negli animali; del prof. E. PERRONCITO. Torino 1877.

La grandine è malattia abbastanza frequente negli animali domestici, suini e bovini, dovuta alla presenza dei cisticerchi nelle loro carni, ed è scopo ad uno studio d'importanza sociale che l'egregio Autore si è proposto in questo suo lavoro. Egli incomincia dal fare un po' di storia, rivendicando a Malpighi e ad Hartman l'onore di avere per i primi scoperta la natura verminosa delle così dette *grane*. Poi si occupa diffusamente dell'anatomia e dello sviluppo dei cisticerchi, nonchè delle tenie, armata ed inerme; affermando sopra dati sperimentali l'as-

sioma ormai generalmente ammesso che i cisticerchi non sono che tenie allo stato larvale. Studia anche la panicatura nell'uomo, la quale è forse più comune di quanto si crede; ma lascia indeciso se debbasi ad autoinfezione o solo ad introduzione di cisticerchi dall'esterno.

Dove questa pregevole memoria acquista maggior interesse, si è nella parte pratica, la quale tratta della grandine dal punto di vista igienico. Perroncito stabilisce che finora non abbiamo alcun sintomo patognomonico della malattia. Tranne i casi in cui i cisticerchi esistono sotto la mucosa della lingua, od è possibile vederli attraverso alla pelle non pigmentata, o nell'occhio (come succede nell'uomo); la diagnosi non si può fare che esaminando il cadavere. Una volta riconosciuta infetta la carne, quali saranno le norme igieniche da adottarsi per l'uso della stessa? Un primo mezzo per ovviare alla diffusione del parassita sarebbe senza dubbio la proibizione assoluta della carne suina; così volle Mosè tra gli Ebrei; noi potremmo limitarci alla distruzione della sola carne infetta. Ma con ciò si ledono gli interessi degli allevatori, i quali per lo più sono già in poco prospere condizioni. Non v'ha modo di utilizzare questa carne? Finora si era sempre creduto di no stante il pericolo dell'elmintiasi, imperocchè pareva dimostrato che il cisticerco fosse d'una vitalità tanto tenace da resistere alla cottura, ed al calore d'oltre i 100°. Ora, il merito di Perroncito sta appunto nell'avere perentoriamente dimostrata la falsità di quest'opinione, già nel 1874 combattuta dal Pellizzari, con esperimenti però non troppo rigorosamente scientifici. Non è qui il luogo di esporre il procedimento dell'Autore; ci basti di notare ch'egli dimostrò la morte del cisticerco avvenire costantemente a non oltre i 50°: l'aver preso di cisticerchi stati portati a questa temperatura non ha mai più dato luogo alla tenia. Pertanto il pericolo inerente alle carni panicate siamo sicuri che cessa colla cottura; gli ordinarj metodi di cucinare la carne permettono appunto che la temperatura oltrepassi i 50° in poco tempo, anche nel centro di pezzi discretamente voluminosi di carne. Questo fatto è di non lieve importanza ove si pensi alla frequenza della panicatura, ed alle epidemie che può portare di tenie. Lode quindi a Perroncito di avere distrutto questo spauracchio della pubblica salute, di avere accertato come, senza ledere gl'interessi degli allevatori, si possa affrontare un pericolo, altre volte ritenuto fatale.

Dott. Conti Pietro.

L'Enciclopedia delle Scienze mediche; del prof. cavaliere Giuseppe Ziino, Messina 1878.

Era necessario che qualche voce dalla cattedra si alzasse a sostenere una volta ancora l'autonomia della Patologia generale, minacciata in questi anni nella propria esistenza dal Billroth in Germania, e dal Bonghi in Italia. Ziino affronta con un breve discorso proemiale il grave assunto, e con argomenti ineccepibili dimostra che la patologia generale ha una propria ragione di esistenza, e che di fronte alle minaccie del-

l'anatomia patologica è necessario e possibile infondere a siffatta scienza una vitalità maggiore di quella che ha fino ad oggi goduta. Veramente facendo passare in rassegna le diverse dottrine che si contrastarono il campo della medicina negli ultimi tempi, Ziino confessa che una patologia generale fondata su quelle meriterebbe davvero di venir radiata dall'elenco delle materie d'insegnamento universitario.

Ma ormai il tempo delle vacue speculazioni è passato; con Chomel, Monneret e Bufalini siamo entrati in una nuova fase, che certo dopo Galilei e Bacone non avrebbe dovuto farsi attender tanto: essi cominciarono ad assumere qual punto di partenza l'esperienza fisiologica e clinica, e benchè non lasciassero un vero corpo di scienza, però diedero la spinta al nuovo metodo, preparando un ramo della patologia, che, coll'accumularsi delle conoscenze, potesse aspirare al titolo di scienza, al grado di filosofia medica, o di introduzione alla medicina scientifica. Ziino ama darle il nome di *Enciclopedia delle scienze mediche*, per analogia con un ramo simile della giurisprudenza.

L'Autore si ferma con compiacenza a fare una breve disamina del sistema bufaliniano, cui afferma di voler seguire il più religiosamente possibile nelle proprie lezioni. Esponendo poi l'indirizzo dato dal Virchow agli studj patologici, riconosce che malgrado le esagerazioni, egli ha contribuito assai a fissare il concetto meccanico della vita e della malattia. Non approva però quest' invasione dell'anatomia patologica a danno della patologia generale. Questa trae suo legittimo nascimento da varj bisogni psichici; per di più le nozioni fondamentali nosologiche, eziologiche, semejotiche, terapeutiche, spettano a lei; essa riassume l' esperienza di secoli e secoli in altrettanti *principj*, dei quali irradia la luce per tutte le parti della medicina; abolite un po' questo ramo d'insegnamento? Lo studente, maltrattate (come è il vezzo) la chimica, la zoologia, l'anatomia, la fisiologia, passa alla clinica senza avere peranco alcuna nozione medica. Egli entrerà in un mondo affatto nuovo, ove sentirà a discorrere « di forme e condizioni morbose, di natura e sede de' morbi, di malattie locali e generali, di diatesi, di sintomi soggettivi ed oggettivi, di diagnosi fisica e clinica, di predisposizioni a malattia, e di cagioni determinanti od occasionali di morbi, di medicazioni, d'indicazioni e controindicazioni e simili, senza che nessuno gli abbia mai insegnato che cosa per lo manco significhino cosiffatte parole. »

Con la patologia generale incomincia quindi lo studio della medicina inteso nel senso utile e pratico; e quanti amano facilitare il cammino della scienza agli studiosi devono opporsi a che la mala voglia di alcuni crei degli inciampi; laddove si avrebbe invece bisogno di una mano amica e benefica. Dott. PIETRO CONTI.

NECROLOGIE

CRISTOFORO TOMATI.

Nacque in Genova nel 1810; e nel 1833 nell'Università di Genova prese la laurea in Medicina. Appena laureato andò a Parigi ove stette varii anni, e potè largamente profittare degli insegnamenti di scienze naturali, e di scienze anatomiche, cui diffondevano le due grandi scuole della Francia, l'una Capitanata dal Cuvier, l'altra da Geoffroy Saint-Hilair, e studiare le profonde e scientifiche discussioni e controversie, che frequentemente sorgeano dalle due scuole: le quali non poco cooperarono all'incremento scientifico delle anatomiche discipline.

Negli studj di umana anatomia tenne dietro ai corsi del Breschet grande anatomico, che arricchì la scienza di importanti scoperte, frutto di accurate e delicate indagini, fecondate dai concetti di ingegno vasto e profondo. Pigliò parte nel Collegio di Francia alle lezioni di Fisiologia sperimentale del Magendie, che stabilendo sopra ampia base il metodo sperimentale, si può dire, essere stato l'iniziatore delle immense scoperte che di giorno in giorno completano ed ampliano l'edificio della moderna Fisiologia.

Il Tomati rimpatriò e per mezzo d'esame nel 1840 fu ammesso nel Collegio Medico-Chirurgico dell'Università di Genova, corporazioni in quell'epoca privilegiate da cui il Governo toglieva generalmente i professori delle Università del Regno degli Stati Sardi. E nello stesso tempo l'Amministrazione degli Spedali Civili di Genova lo prescelse a Direttore del Manicomio da poco tempo costrutto.

Il Tomati dotato d'ingegno penetrante e profondo possedea, più chè altro, spiccata la potenza sintetica della conoscenza. E colla ricca suppelettile delle cognizioni anatomiche, zootomiche e fisiologiche acquistate nel lungo soggiorno di Parigi (in cui in quell'epoca era attivo e operoso il movimento di rigogliosa vita scientifica), e colla tenace perseveranza di studj rimpinguati dai nuovi progressi della scienza, coadiuvati dai mezzi cui li somministrava la posizione di Direttore del Manicomio di Genova, diede opera a coordinare, fondere l'insegnamento della umana anatomia, colle leggi generali dell'animale organizzazione.

E però il Tomati quando nel 1844 ascese la Cattedra di Notomia umana nell'Università di Genova, stabilì nuovo metodo, aprì nuovo indirizzo all'anatomico insegnamento.

La scuola di umana Notomia era in Italia generalmente confinata alla grafica pittura dei sistemi e degli organi in sè esclusivamente considerati, e di quando in quando, e per incidenza rischiarata da alcune considerazioni zootomiche e fisiologiche, e corredata talora d'opportune applicazioni patologiche Medico-Chirurgiche,

L'indole della riforma importata dal Tomati è questa: Che non separando l'anatomia umana dalle discipline anatomo-fisiologiche fu esaminato l'organo tanto nelle forme stabili, ma ascendenti di successiva complicazione nella serie zoologica, quanto nelle forme fuggitive, ma di graduata evoluzione sintetica nella serie embriologica.

I sistemi, gli organi considerati sotto il doppio aspetto della parallella esplicazione zoolofica ed embriologica erano decomposti negli elementi microscopici, di cui risultano, e ricomposti nelle forme macroscopiche di mano in mano più complete, in cui si determinano: per il che assumevano dalle leggi, che partono dal principio delle connessioni organiche, la significazione anatomica, dalle proprietà degli elementi costituenti, dalle condizioni strutturali della forma macroscopica la significazione e l'applicazione fisiologica.

Ma nello stesso tempo l'esposizione descrittiva dei sistemi e degli organi era dettata con grande precisiono e colla maggiore esatezza: la quale dischiudeva la via alle applicazioni svariate nel campo delle scienze medico-chirurgiche.

L'insegnamento anatomico del Tomati era ad un tempo dottrinale e pratico. Da un lato la umana Anatomia unita alla Istologia, interpretata dalla Anatomia Comparata, dalla Embriologia, dalla Teratologia s'immedesimava nei piani fondamentali dell'organica formazione si elevava alla sintesi dell'Anatomia Filosofica, e luminosamente spiegava le leggi fisiologiche preposte al governo della animale organizzazione, e dall'altro lato discendeva a dimostrare le utili e pratiche attinenze onde e' sta connessa alla anatomia patologica, alla medicina e alla chirurgia.

L'economia di questo insegnamento era ordinata per modo, che l'una parte non trasmodava sull'altra, erano mantenute le proporzioni l'armonia della parte col tutto.

Il Tomati diede scientifico indirizzo alla scuola di anatomia, cui andò sempre perfezionando nel continuo e rapido incremento delle discipline anatomiche, e seppe largamente diffondere coll'ordine, colla lucidità, coll'eleganza della dicitura: tanto chè le di lui lezioni erano frequentate da numeroso e scelto uditorio. Acquistò meritata fama di eminente professore; ond'è che nel 1857 fu chiamato ad insegnare anatomia nella Regia Università di Torino, nella quale spiccò e brillò per modo ch'ebbe pubblici e ripetuti contrassegni di profonda stima e di generale ammirazione.

Oltre a ciò avea costume il Tomati di aprire ogni anno il corso delle lezioni con una Prolusione, nella quale erano posti quesiti, svolte questioni sopra importanti e spesso nuovi argomenti della scienza anatomica. Queste prolusioni tracciavano le linee principali e caratteristiche del programma, che nelle successive lezioni raggiungeva il completo svolgimento.

È a dolore che documento dell'insegnamento del Tomati soltanto esista la *Prolusione al corso d'anatomia umana per l'anno scolastico*

1861-62 *dettata nell'Università di Torino stenograficamente raccolta per cura di amici e di ammiratori*, nella quale si rileva in parte in modo abbastanza manifesto il carattere scientifico della scuola dallo stesso professore fondata.

Il prof. Tomati nel 1859 fu nominato membro ordinario, del Consiglio superiore della Pubblica Istruzione, e dimostrò allora che non solo possedeva le rare doti di esimio professore, ma altresì quelle di esperto amministratore intorno alle materie della Pubblica Istruzione.

Il concetto generale della legge Casati, ispirato ai principii della libertà d'insegnamento, e la parte che riguarda alla Facoltà Medico-Chirurgica, è opera compiuta, dal chiarissimo uomo, di che ora dobbiamo lamentare la perdita.

Il Tomati accoppiò alle prerogative d'un grande ingegno quelle non meno decise di un grande carattere: e coloro che da vicino il conobbero impararono a grandemente stimarlo ed amarlo., e rimasero a lui sempre uniti dai vincoli di leale e inalterata amicizia.

Per importanti servigi resi durante l'epidemia di cholera-morbus nel 1854 e 1855 ebbe due medaglie d'argento dorato. Fu tre volte Deputato al Parlamento, e nel 1867 passò fra i *professori emeriti*. Ritirato nella vita privata intendeva all'opera di ordinare e pubblicare il corso di anatomia, come più volte nè fu dagli amici consigliato.

Diverse circostanze impedirono che venisse il lavoro ultimato. Certo è che lasciò manoscritti i quali a suo tempo pubblicati potranno meglio chiarire la parte che esercitò in Italia il Tomati, nel promuovere sopra larghe vedute gli studii anatomici.

Dopo lunga malattia, che andò gradatamente oscurandò quella splendida intelligenza e indebolendo quel nobile carattere, cessò di vivere nel 29 luglio del corrente anno.

L'annunzio della morte del professore Tomati colpì di vero dolore la cittadinanza, di che diede il giornalismo onorata testimonianza.

Prof. Luigi Agnno.

CALOSI LUIGI.

Benemerito della vaccinazione, pel cui incremento tutto si diede con gli studj e con l'opera: n'ebbe per ciò la pubblica stima e dalla Società medico-chirurgica di Bologna una medaglia d'argento. Fu del Collegio medico fiorentino, e fino al 1864 Ispettore sanitario e chirurgo incaricato della pubblica vaccinazione nello Spedale degl'Innocenti di Firenze: quindi, conservatogli lo stesso titolo, venne nominato Censuttore sanitario emerito del Pio Luogo. Fu medico altresì degli Spedali di S. M. Nuova, del Bigallo e del R. Educatorio di Fuligno. Nato il 26 luglio 1797 moriva nella patria Firenze il 22 giugno di quest'anno.

Il dott. L. Nesti, commemorava il defunto nel quaderno di luglio dello *Sperimentale* (p. 112), e quindi ci comunicava la seguente nota delle cose pubblicate dal dott. Calosi.

« Della virtù antivajolosa permanente del *virus vaccino* »: Tema proposto nel 20 aprile 1843 dall'Accademia Medica Chirurgica di Bologna pel mese di dicembre 1844. Firenze 1843. Tipografia Piatti.

« Cenni sulla vaccinazione in generale ed in particolare. » Firenze 1841. Stamperia Pezzati.

« Rapporti annuali statistici vaccinici del R. Orfanotrofio del Bigallo e dell'Istituto vaccinico di Firenze pel 1844. » Bologna 1845. Tipografia Governativa. Alla Volpe.

VARIETÀ

L'evoluzione storica del senso dei colori. — Ci piace di riferire il seguente articolo che è assai meritevole di considerazione come quello che intende a provare che l'organo della vista s'è modificato, per ciò che n'appare mutata la funzione; la sensazione de' colori non era una volta quale successivamente si fece, e quale oggi abbiamo, perchè a mano a mano s'andava mutando l'intima struttura dello strumento della sensazione medesima.

Ma anche ammettendo che gli uomini de' primissimi tempi non abbiano notato tutti i colori che noi distinguiamo, siamo noi sicuri ciò non sia che l'effetto dell'impotenza del linguaggio ad esprimerli tutti, siccome è del fanciullo e dello zotico che non sono capaci di significare le varie gradazioni de' colori, quantunque in fatti non le confondano? In breve è da vedere se l'*evoluzione storica* sia veramente rispetto al *senso dei colori*, o piuttosto alla manifestazione delle percezioni de' colori medesimi.

Il quesito nel secondo caso sarebbe, ben s'intende principalmente di spettanza della fisiologia. Checchè si dica, neppure può negarsi che in sì fatta distinzione di tinte non abbia parte anche l'attenzione e la riflessione, onde l'argomento sarebbe pur degno dello studio del psicologo.

In ogni modo ecco l'articolo che n'ha scritto il sig. Giulio Soury.

Rapide e fuggitive come l'eccitamento che le provoca, le funzioni manifeste dell'organo della vista, una delle quali è precisamente il senso dei colori, non sussistono per la posterità se non quando vengono adottate dal linguaggio. Tutte le espressioni e tutte le parole con le quali le diverse lingue notarono quel genere d'impressioni, sono i soli materiali che si hanno per costruire la storia del senso dei colori. Il signor Ugo Magnus, professore di oftalmologia a Breslavia, si è accinto a comporre quell'opera, stata testè pubblicata in Germania col titolo di *Storia dell'evoluzione del senso dei colori*.

Egli attinse da quell'eminente linguista e filosofo che è Lazzaro Geiger una imponente quantità di prove, dalle quali risulta che, anticamente gli uomini, secondo quanto appare dalla Bibbia, dai libri Vedici, dal Zend Avesta e dai poemi omerici, non videro nella natura tutti i colori che noi vi distinguiamo, o che, se li videro, non li hanno però notati, lo che dimostrerebbe almeno che furono più sensibili ad alcuni colori che non ad altri.

Quando i soli colori conosciuti dall'uomo erano il rosso ed il nero, ed allorchè egli confondeva fra loro e distingueva appena il rosso dal bianco, come, secondo L. Geiger, risulta dagli inni Vedici, la retina umana era sensibile solamente ai diversi gradi d'intensità della luce ed all'assenza di questa.

Com'è notorio, il bianco ed il nero hanno una parte considerevole nella teoria dei colori degli antichi greci, i quali ammettevano pure che tutti i colori, dal rosso al turchino, provenissero dalla loro mescolanza atomica nello spazio; e ciò è tanto vero che, per Aristotile, il rosso risultava dalla rispettiva posizione di atomi neri e bianchi. La nozione primitiva del chiaro e dell' oscuro predominava ancora inconsciamente l'uomo, e la sensazione colorata, quantunque percepita, sembrava un semplice accidente, un fatto secondario e subordinato che poteva ridursi alle due nozioni universali del chiaro e dello scuro, che se le aveva trasmesse la retina durante gli incalcolabili periodi in cui, sopra tutta la sua superficie, essa presentava ai colori la stessa insensibilità relativa che presenta attualmente nelle sue regioni periferiche.

Da quella tinta bigia ed uniforme che avvolgeva la natura, per i nostri lontani antenati, a poco a poco, stante la modificazione degli elementi anatomici della retina, ne resultò prima la sensazione del rosso e del giallo, o del giallo e del rosso, vale a dire dei colori che corrispondono alle più lunghe e più potenti onde di etere. « Tutti gli altri colori « dice il prof. Magnus, erano allora insensibili all'occhio umano, come « lo è anche oggidì il violetto. » Infatti, nei poemi eroici, come constatò il signor Gladstone nella sua opera intitolata: *Studies on Homer and the Homeric age*, si parla soltanto del rosso e del giallo, e non mai del verde delle piante nè dell'azzurro del cielo (1). Dal giallo pallido nacque, nel corso dei secoli, la nozione delle varie tinte chiare del verde; dall'idea generale dell'oscuro, quello del verde cupo. L'azzurro cupo derivò pure da questa nozione, nel mentre che l'azzurro chiaro derivava dal bigio chiaro.

Una legge domina tutta questa evoluzione dei sensi dei colori, e la sensibilità ai diversi colori si manifestò nello stesso ordine in cui si mostrano i diversi colori dello spettro solare. I colori più ricchi in in-

(1) Notiamo che più volte Minerva nell'Iliade è detto *glaucopide*, cioè dagli occhi di color glauco, tinta che sta fra il bianco ed il verde.

tensità luminosa, il giallo ed il rosso, furono distinti prima di quelli che lo sono meno, come il verde e l'azzurro.

Un'altra prova e la più convincente di tutte, della realtà storica di questa evoluzione, il prof. Magnus la trova nelle più antiche descrizioni dell'arcobaleno. Siccome questa meteora è oggi tale e quale era, all'epoca dei rapsodi omerici, è facile il constatare come il nostro senso dei colori pare che si sia esteso e perfezionato in alcune migliaja d'anni. Nella *Iliade* l'arcobaleno viene detto rosso *porpora*. Infatti, il rosso con il bianco, il nero ed il giallo è il colore che domina in quei vecchi poemi omerici. Ammettiamo pure, se si vuole, che il poeta vedesse altri colori nell'arcobaleno, ma è certo ch'egli parlò soltanto del colore che, secondo lui, caratterizzava il fenomeno. D'altra parte poi, il sig. Magnus, che non fa questa concessione, osserva che anche gli arabi chiamano *rosso* l'arcobaleno, ed adoperano la stessa parola per descrivere l'aurora ed il tramonto.

I filosofi greci venuti dopo Omero segnalarono tre colori nell'arcobaleno. Senofonte vi distinse i colori che disse porpora, rosso e giallo verdognolo Alcuni secoli dopo Aristotile distingueva nell'arcobaleno i tre colori che noi diciamo fondamentali, il rosso, il verde e l'azzurro o violetto: egli vide adunque tutti i colori che noi distinguiamo nella meteora, ma non aveva una idea esatta dei colori di transazione che, come il giallo, egli attribuiva a degli effetti di contrasto. Verso la fine dei tempi antichi e nel medio evo i dotti distinguevano i molti colori dell'arcobaleno, ma fu solamente nei tempi odierni che si potè descrivere con esattezza le innumerevoli sfumature dello spettro solare.

L'Autore della *Storia dell'evoluzione del senso dei colori* opina che questo senso non abbia peranco raggiunta la sua maggiore perfezione, e che, siccome le stesse influenze esterne che già modificarono la retina continueranno a modificarla, il campo della visione andrà vieppiù estendendosi. Manifestata questa opinione, che è logica, il professore Magnus riassume i risultati del suo studio formulando queste tre leggi.

1° Nella Storia della evoluzione dell'uomo, vi fu un periodo durante il quale esistè soltanto il senso della luce, ed in quel periodo mancava ancora del tutto il senso pei colori

2° Originariamente, il senso dei colori derivò, mediante sviluppo, dal senso della luce. L'eccitamento incessante degli elementi sensibili della retina, sotto l'influenza della luce, a poco a poco aumentò e perfezionò l'attitudine delle funzioni di questa membrana, dimodochè giunse a distinguere ed a sentire, nei raggi luminosi, non più soltanto la loro intensità, ma altresì la loro qualità ed il loro colore.

3° Il tempo di cui ebbero d'uopo i differenti colori per impressionare la retina, e produrre altrettante impressioni specifiche, fu in ragione inversa delle quantità di forza viva che quei colori posseggono. Perciò, i colori di una forte intensità luminosa (giallo e rosso), impressionarono la retina, e vi fecero nascere una sensazione di una natura

speciale molto più presto che non i colori verde, turchino e violetto, la cui intensita luminosa è più debole.

Da quanto precede è evidente che, in ciò ch'essa ha di positivo, la teoria del dottor Magnus è basata su dei vocaboli, medaglie fruste sulle quali s'impresse il pensiero degli uomini antichi. Ma, oltre che si potrebbe insistere sulla incertezza dell'età dei documenti e del vero senso delle parole che servono di fondamento alla teoria suesposta, le ricerche del dotto professore di Breslavia hanno il torto di abbracciare soltanto le antichità scritte di due grandi razze, la Semitica e l'Ariana, non curandosi di tutte le altre, fra le quali vi sono quelle dell'estremo Oriente e dell'America antica, e nemmeno di quelle importanti famiglie di razza Semitica, che furono gli egiziani, i babilonesi e gli assiri. Fatta questa osservazione, giustizia vuole ci aggiunga che questa è la sorte di ogni studio d'assieme in un'epoca in cui, all'infuori del mondo classico, il dominio della filologia è così poco sicuro e tanto mobile.

Dove Lazzaro Geiger ha errato, il sig. Magnus ha potuto smarrirsi; ma, tutti quelli che hanno una qualche nozione di lingua ebraica vanno d'accordo nel riconoscere che gli ebrei non distinsero che un piccolo numero di colori, e che, oltre il bianco ed il nero, essi conoscevano il rosso, il rosso-bruno, il giallo, il giallo-verde, il verde, il turchino, ed il porpora-violetto. Nel capitolo primo, versetto 30, e nel capitolo nono, versetto 3° della *genesi*, che è il più antico libro di storia di quel piccolo popolo semitico, si fa menzione del verde dei campi e degli alberi; e gli *studi cuneiformi* pubblicati dal signor Francesco Lenormant nel *Journal asiatique* dell'agosto e settembre 1877, ci apprendono che, nei testi cuneiformi, tanto assiri, quanto accadiani o sumeriani, vale a dire semitici e non semitici, cinque ideogrammi principali esprimono le nozioni di colore: il bianco, il nero, il giallo ed il verde, il rosso, l'azzurro.

Ciò che è assai caratteristico si è che, nella più remota antichità, pare che in Babilonia i pianeti fossero designati coi nomi dei colori ch'essi irradiano Venere era la stella *bianca*, Saturno la stella *nera* od *oscura*, Marte la stella *rossa* e Mercurio la stella *azzurrognola*. Erodoto parla delle mura di Ecbatana che presentavano agli sguardi i colori dei sette corpi siderei, e gli scavi fatti da Sir Enrico Pawhinson a Babilonia posero in chiaro che i sette piani della torre di Borsippa avevano i colori simbolici dei sette pianeti disposti in quest'ordine dal basso all'alto: nero (Saturno), bianco (Venere), porpora (Giove), azzurro (Mercurio), vermiglio (Marte), argento (Luna), ed oro (Sole). Inoltre le ricerche fatte dai signori Place e Thomas, hanno constatato che la *ziggurat* del palazzo assiro di Khorsabad aveva pure sette piani dai colori planetari.

Bisogna riconoscere che in questo campo della filologia e dell'archeologia orientale si hanno dei risultati analoghi a quelli che ebbero Geiger e Gladstone studiando, dal punto di vista che ci occupa, i Vedda, il Zend Avesta ed i poemi omerici. In ebraico, del pari che in assiro, il

giallo ed il verde spesso si confondono, e la nozione dell'azzurro, si è certamente svolta, a lungo andare, dalle tinte cupe ed oscure. La parola assira che significa *azzurro* — azzurro cupo che dà sul nero, o bigio — può essere avvicinata alle parole arabe ed aramee che significano *essere nero*, *nerezza*, *rosso-acceso*, *cupo*; quest'ultimo significato lo si riscontra chiaramente nel pronostico di una tavoletta astrologica assira, nella quale si legge: *Nube cupa*. Come si vede, se alcuni fatti mettono in discussione la tesi sostenuta dal fisiologo tedesco, altri fatti, trascurati da lui, la confermano.

Oramai è dunque una osservazione vera, che tutti i colori dell'estremità cupa dello spettro, incominciando dal colore verde, nei più antichi monumenti scritti, sono menzionati assai più di rado che non quelli dell'estremità luminosa. Tutti i ragionamenti degli avversari della evoluzione del senso cromatico non spiegheranno mai perchè nè le verdure dei vegetali, nè l'azzurro del cielo siano stati notati negli inni di Vedda, nel Zend-Avesta e nei poemi omerici. Allorchè il verde e l'azzurro vennero distintamente percepiti, furono designati da parole che, nel principio, richiamavano alla mente altre noziani. Questi sono fatti.

Se anche oggidì noi distinguiamo così male certe sfumature dall'azzurro e del violetto, si è perchè fu soltanto ad un periodo avvanzato del suo sviluppo, dopo di avere prima confuso il bianco con il rosso, eppoi percepito distintamente il rosso ed il giallo, che il senso cromatico divenne sonsibile ai colori di una intensità luminosa media, alle differenti gradazioni del verde, dell'azzurro e del violetto. « Insomma, scrive il professore d'oftalmologia di Breslavia, l'evoluzione storica del senso « dei colori ebbe luogo in tal modo che, seguendo una marcia paralella « all'ordine nel quale si presentano i colori dello spettro, dopo di avere « incominciato a percepire i colori la cui intensità luminosa e più vi- « vace, si avviò progressivamente, sempre nell'ordine in cui si succe- « dono i colori di una intensità luminosa decrescente, dal verde all'az- « zurro, e dall'azzurro al violetto. » Quale si è la ragione del paralellismo osservato fra lo sviluppo storico del senso dei colori e l'ordine in cui si mostrano i diversi raggi dello spettro solare?

È una ipotesi insostenibile quella che spiega questo fatto mediante i progressi dell'attenzione e della riflessione. L'attenzione non è già un fenomeno primordiale, ma sibbene un fenomeno secondario, subordinato ad un eccitamento centrale o periferico. È il mondo esterno che, esercitando incessantemente la sua azione sui nostri organi dei sensi, fece apparire nella nostra coscienza quella immagine della natura che ognuno vi scopre, che è puramente soggettiva, e che si potrebbe chiamare una allucinazione. La causa conosciuta che la produsse venne dal di fuori, e la evoluzione psichica derivò dalla evoluzione organica. Ciò che noi nominiano il color verde dei vegetali ed il colore azzurro del cielo non ha di certo esistito prima che un occhio l'abbia percepito; invece d'imporsi a poco a poco come delle realtà ignorate, le vibrazioni dell'etere

alle quali corrispondono quelle gradazioni avevano già dovuto modificare alquanto gli elementi anatomici della retina e dare a questa la delicatezza necessaria perchè trasformasse in sensazioni delle impressioni che fino allora erano state troppo deboli perchè essa ne avesse coscienza. È in quel senso che bisogna intendere queste parole del dottore Magnus.

Quando noi passiamo di un'epoca nella quale i colori facevano assolutamente difetto, è chiaro che noi adoperiamo queste parole in un senso soggettivo. « Dal punto di vista obbiettivo, i colori esistevano in tutti i « periodi storici e preistorici; l'azzurro del firmamento, il verde di tante « gradazioni delle piante, e le mille e varie tinte dei fiori esistevano, « esistevano nelle età più remote, come esistono ai tempi nostri. Allora « come oggidì, gli atomi dell'etere erano trasportati nelle onde rapide « del raggio violetto, nel mentre che erano collate più dolcemente in « quelle del raggio rosso. Solamente la retina umana non fu sempre « egualmente atta a reagire in modo consentaneo a quelle differenze « nella durata delle vibrazioni ed a tradurle in sensazioni specifiche. « Non si può parlare di un tempo in cui i colori facevano difetto, se « col dire ciò non s'intende un'epoca nella quale la retina, sensibile « alla grandezza ed all'ampiezza delle onde eteree che andavano a scuo- « terla, non era però ancora capace di cogliere e di fissare nella sua « trama la durata delle oscillazioni della luce per trasformarle in sen- « sazioni distinte. » Questa è per l'appunto la filosofia che deriva dalla teoria dell'energia specifica dei sensi, come l'hanno stabilita la fisica e la fisiologia odierna. La *Storia dell'evoluzione del senso dei colori* è basata sui principii di quelle scienze. I processi fisici e fisiologici anche qui ripetono la loro prima origine da cause puramente meccaniche, e se il problema della sensazione non cessa perciò di essere insolubile, non v'ha dubbio che trovasi molto semplificato. Essendo stato ideato ed eseguito da un punto di vista molto filosofico, ed essendo uno dei più notevoli capitoli della filosofia naturale contemporanea, il saggio del professore Magnus occuperà un posto modesto, ma onorevole, accanto alle grandi opere degli Spencer, dei Bain e dei Wundt. (*Gazzetta ufficiale*, 1878, N. 209, p. 3489).

Consumo delle corteccie di China. — Si calcola che dall'America meridionale (Bolivia, Nuova Granata, ecc.), vengano esportate ogn'anno da 4 milioni e mezzo a 5 milioni di corteccie di china, d'onde poi si traggono circa 70,000 chilogrammi di solfato di chinina. Secondo il Gehe, capo d'una delle più importanti case tedesche, nella sola Germania entrerebbe un milione di chilogrammi di corteccie, per cavabne presso a poco 40,000 di solfato di chinina. Debbonsi pure aggiungere le chine delle Indie inglesi e di Giava delle quali ogn'anno aumenta l'importazione, per forse prender un giorno il posto delle americane. Di fatti dalla *Chinologia* dell'Howard si trae, che scema in In-

ghilterra l'introduzione di queste, mentre aumenta quella delle corteccie delle Indie occidentali (1). Dalla sola colonia olandese di Giava si ha la produzione annua di quasi 100,000 chil. di scorze di china, alcune specie delle quali contengono fino ad 83 per 100 d'alcaloidi, di cui 72 di chinina (*C. Calisaje Ledgeriana*).

Nello scorso anno 1877 vennero importate in Italia 3433 quintali di corteccia di china. (Movimento commerciale nel 1877 pubblicato dalla *Direzione generale delle Gabelle*).

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere in Milano.

CONCORSI A PREMJ MDCCCLXXVIII.

Sunto dei programmi.

Premj ordinarj di Fondazione Cagnola.

Tema per l'anno 1879: — « Geografia nosologica dell'Italia. Studiare le malattie che dominano nell'Italia in generale, e quelle che prediligono le varie sue località; indicarne le cause e la genesi. » Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 28 febbrajo 1879. — Premio, Lire 1500 e una medaglia d'oro del valore di Lire 500.

Premio straordinario di fondazione Cagnola.

Tema per l'anno 1879: — « Sulla natura dei miasmi e contagi. » Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 28 febbrajo 1879. — Premio, Lire 1500 e una medaglia d'oro del valore di Lire 500.

Tema per l'anno 1882: — « Dimostrare con esperienze se la materia generatrice dell'idrofobia sia un *principio virulento* (velenoso), o un *germe* organizzato (lissico). » Tempo utile per concorrere fino alle 4 pom. del 28 febbrajo 1882. — Premio Lire 6000.

Premio di fondazione Secco-Comneno.

Tema per l'anno 1882: — « Considerazioni e proposte circa i soccorsi che gl'Istituti di pubblica beneficenza sogliono prestare a domi-

(1) Introduzione delle corteccie di China in Inghilterra.

Anni	China della Colombia, di Pitayo, ecc.	Calisaja	China dell'India inglese
1873	43 398 pacchetti	6,997 suroni	.... pacchetti
1874	31,218 »	7,451 »	1,065 »
1875	26,865 »	6,803 »	1,206 »

Il pacchetto contiene circa 50 chil. Il suron equivale a un di presso 65 chilogr.

(Petit A. *Étude sur les quinquinas et leurs alcaloïdes*. In: *Journ. de Thérap.*, 1878, p. 177).

cilio. » — Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 28 febbrajo 1882. — Premio Lire 864.

Premj di fondazione Fossati.

Tema per l'anno 1879: — « Storia dei progressi dell'anatomia e della fisiologia del cervello nel secolo corrente, con particolare riguardo alla dottrina di Gall. » — Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pom. del 1.° aprile 1879. — Premio Lire 3000.

Tema per l'anno 1880: — « Illustrare qualche fatto di anatomia macro o microscopica dell'encefalo umano. » — Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 1.° aprile 1880. — Premio Lire 2000.

Tema per l'anno 1881: — « Dei centri motori della corteccia cerebrale. » — Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pom. del 1.° aprile 1881. — Premio Lire 2000.

N. B. Il programma integrale dei concorsi qui sopra accennati sarà rilasciato e spedito gratuitamente a chi ne faccia domanda alla Segreteria del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel Palazzo di Brera in Milano.

Premio Gajani per l'anno 1879. — *Sulla patogenesi e cura dell'angina di petto.*

Il premio è di L. 500 in oro, ed il concorso si chiude il 31 dicembre 1879. Le memorie affatto inedite, nè presentate ad altra Accademia possono essere scritte anche in latino od in francese, e debbono essere anonime, e quindi contrassegnate da un'epigrafe ripetuta sulla busta sigillata, che contiene l'indicazione del nome, del cognome e della patria dell'Autore, il quale non si farà conoscere nel lavoro suo, nè in altro modo.

Le Memorie vanno dirette franche di porto alla Segreteria della Società Medico-chirurgica di Bologna, dalla quale è aperto il concorso e verrà conferito il premio suddetto, che potrà anche essere diviso se sianvi memorie di egual merito. (Veggasi l'intiero Programma nel fascicolo di maggio e giugno 1878 del *Bullettino delle Scienze Mediche pubblicato per cura della Società Medico-chirurgica di Bologna*, p. 464).

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA D'ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
del dott. GIUSEPPE COLOMBO.

(Da pag. 193 a pag. 211).

Beumer — *Della mancanza dei reni.*
Taruffi — *Della microsomia.*
Ebert — *Dell'iperplasia del tessuto muscolare nel parenchima polmonare.*
Morelli — *Casi patologici attinenti alla controversa esistenza dei centri motori della sostanza corticale del cervello.*
Foà e Salvioli — *Sulla patologia del fegato: ricerche anatomiche e sperimentali.*
Friedlaender — *Vegetazione epiteliale e cancro.*
Cohnheim e Maas — *Aggiunta alla teoria della metastasi dei tumori.*
Chiari — *Caso di tubercolosi del nervo ottico destro.*
Chiari — *Della tubercolosi della ghiandola tiroidea.*
Breus — *Della tubercolosi acuta dell'utero.*
Ruppert — *Ricerche sperimentali sulle inalazioni della polvere di carbone.*
Ins — *Osservazioni sul modo di comportarsi della polvere inalata nei polmoni.*
Chiari — *Di un caso di abbondante morbosa deposizione di calce nei polmoni e nei reni.*
Morselli — *Intorno ad un caso d'anemia progressiva con anchilostoma duodenale.*
Parona e Grassi — *Annotazioni sullo sviluppo dell'anchilostoma duodenale.*
Perroncito — *Sulla rapidità di sviluppo della tenia mediocanellata nell'uomo, e nuove prove sulla tenacità di vita del cisticerco della stessa tenia*

RIVISTA DI PEDIATRIA
del dott. ANTONIO GUELMI.

(Dalla pag. 211 alla pag. 232).

Guaita — *La mortalità dei bambini considerata nei suoi rapporti coll'eredità e col modo d'allattamento.*
Cruse — *Sullo stato dell'orina dei lattanti.*
Silaermann — *Intorno la melena vera dei neonati.*
Lederer — *Della melena dei neonati.*
Schlemmer — *Della bronchite dei lattanti, e dell'istologia dei trombi bronchiali.*
Robert — *Il crotoncloralio nell'ipertosse.*
Weber Leonardo — *Uso dei bagni caldi senapizzati nella pneumonite dei fanciulli.*
Clintock — *Terapeutica fetale.*

Farguharson — *Sul modo di ricettare nei fanciulli.*
Simon Giulio — *Della belladonna nella terapeutica infantile.*
Simon — *Dell'aconito nella terapeutica infantile.*
Hill — *Osservazione d' imperforazione anale complicata a fistola vescico-vaginale*
Theremin — *Della chiusura congenita dell'intestino tenue.*
Bouchut — *Anestesia cloralica per l'estirpazione dei denti e le operazioni chirurgiche nei fanciulli.*
Redon — *Del diabete mellito.*
Hagenback — *Impiego del salicilato di soda nelle affezioni febbrili dei fanciulli.*
Andrew e Dyce Duckworth — *Paralisi (quasi generale) in un fanciullo per la forte esposizione al calore.*
Bayles — *Relazione sull'uso sperimentale del nitrito d'amile in 10 casi di pertosse.*
Barlow e Parker — *Degli spandimenti pleuritici dei fanciulli.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

(Da pag. 232 a pag. 268).

Horvath Alessio — *Dell'anestesia mediante il freddo.*
De Pontevès E. — *Osservazione d'un caso di crup guarito con le injezioni sottocutanee di solfato d'atropina.*

Chinina.

Mancini Giovanni — *La perniciosa ittero-ematurica e l' intossicazione chinica.*
Ughetti G. B. — *L'intossicazione chinica e la febbre biliosa ematurica.*

Drosera.

Vigier Pietro — *Delle drosere e del loro uso in terapeutica.*
Louvet Lamare — *Cura della pertosse con la tintura di drosera.*

Duboisia e Duboisina.

Holmes e Gerrard — *L'alcaloide ed il principio attivo della* Duboisia myoporoides.
De Wecker L. — *Uso comparativo dell' eserina, dell' atropina e della duboisina nella terapeutica oculare.*
Gubler A. — *Sull'azione terapeutica della Duboisia e della Duboisina.*

Ferro e ferruginosi.

Cutler Edbridge C. e Bradford Edoardo — *Azione del ferro, dell'olio di fegato di merluzzo e dell'arsenico sulla quantità dei globuli del sangue.*
Regnault J. e Hayem G. — *Studio clinico sul ferrocianuro di potassio.*

Moncorvo — *Del valore terapeutico delle injezioni idriche sottocutanee.*

Jodoformio.

Moleschott Jacopo — *Degli effetti curativi dell'iodoformio. Studj clinici e fisiologici.*
Bozzi Cesare — *Dell'uso dell'iodoformio in chirurgia. Memoria.*

Gaillard Tommaso — *Le injezioni intravenose di latte in sostituzione alla trasfusione di sangue.*

Marty J. — *Del valore terapeutico di diverse preparazioni di corteccia di melograno.*

Heilborn M. — *Contributi sperimentali intorno l'azione delle injezioni sottocutanee di sublimato.*

Metalloscopia e metalloterapia.

Burq — *Una nuova applicazione felice della metalloterapia.*

Charcot — *Influenza del magnete e del selenoide sull'anestesia isterica.*

Vigoroux — *Un caso di emianestesia da causa organica trattato con successo coll'azione a distanza di un'elettro-calamita.*

Maragliano e Seppilli — *Studj clinici a contributo dell'azione delle correnti elettriche, dei metalli e della magnete in altri casi di anestesia.*

Huchard Enrico — *Dell'uso della pancreatina nelle dispepsie ed in particolare nelle dispepsie gastro-intestinali e nelle diarree croniche.*

Tanret — *Sulla pelletierina alcaloide della scorza del melograno.*

Pilocarpina.

Leyden — *Degli effetti terapeutici del cloridrato di pilocarpina.*

Parisi — *Pilocarpina quale mezzo abortivo, risultato negativo.*

Ortille — *Singhiozzo ribelle curato e vinto dalla pilocarpina.*

Brigner — *Dell'azione fisiologica dei purganti.*

Winkuysen — *Nota sul* Quinetum, *e le sue proprietà terapeutiche.*

Tayuya.

Pellizzari Celso — *Il Tayuya come antisifilitico.*

Alpago Novello L. — *Contribuzione alla cura della scrofolosi mediante il tayuya.*

Timolo.

Balz — *Dell'azione fisiologica e terapeutica del timolo.*

Radcliffe Crocker — *Il timolo nelle malattie cutanee.*

Cozzolino Vincenzo — *Studj farmacologici e terapici sull'acido timico, solfotimato di chinina e timato di soda.*

BIBLIOGRAFIA.

Lorain — *De la temperature du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies* — pag. 268.

Habershon — *On the Pathology of the pneumogastric nerve* — p. 269.

Fato — *Manuale del Chimico Clinico* — pag. 269.

Lebert — *Die Krankeiten des Magens; klinisch und mit besonderer Rücksicht auf Hygiene und Therapie bearbeitet* — pag. 270.

Traube — *Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie* — p. 271.

Perroncito — *Della grandine o panicatura nell'uomo e negli animali* — pag. 271.

Ziino — *L'Enciclopedia delle scienze mediche* — pag. 272.

NECROLOGIE.

Cristoforo Tomati — pag. 274.

Calosi Luigi — pag. 276.

VARIETÀ.

L'evoluzione storica del senso dei colori — pag. 277.

Consumo delle corteccie di China — pag. 282.

Concorsi a premj del R. Istituto Lombardo di scienze e lettere in Milano — pag. 283.

Premio Gajani per l'anno 1879 — pag. 284.

Opinione dei medici. — *Sul ferro Bravais.* — Ecco come l'*Union Médicale*, in uno stimabile lavoro sul miglior modo di somministrare il ferro in medicina, riassume le qualità del *Ferro Bravais* (ferro dializzato Bravais).

Dopo aver passate in esame le diverse preparazioni vantate sino al presente, l'Autore conclude in favore del *Ferro Bravais*, apprezzandolo come segue:

« Esso è esente affatto da qualunque acido. — Non ha odore nè sapore, al contrario degli altri ferruginosi, dei quali il sapore stitico ed atramentare è molto pronunciato. — Non annerisce mai i denti, proprietà che possiede unicamente esso fra tutte le preparazioni marziali; non cagiona alcun imbarazzo gastrico o sconcerti intestinali — non produce eruttazioni nè costipazione; si unisce facilmene a qualsiasi liquido, acqua, vino, caffè, ecc., in cui è solubile; la sua somministrazione è dunque delle più facili. »

L'eminente Dottore, che ha fatto lo studio surriferito, ha dimenticato però d'accennare che il *Ferro Bravais* ha anche il pregio d'esser realmente il più economico de'ferruginosi, poichè una boccetta dura un mese, ciò che costituisce una spesa di circa 15 cent. soltanto di cura giornaliera.

Tutti i medici di Francia e d'Europa che, seguendo l'esempio del loro collega, esperimentarono il *Ferro Bravais* (ferro liquido in gocce concentrate) l'ordinano con interessamento ai loro malati. Grazie a questo intelligente concorso, il *Ferro Bravais* fu già riconosciuto come il miglior prodotto ferruginoso da impiegarsi.

Affine di evitar le numerose contraffazioni e imitazioni che nascono continuamente, il pubblico è pregato di chiedere le vere « GOCCE CONCENTRATE DI FERRO DIALIZZATO BRAVAIS », che si trovano presso la Ditta **A. Manzoni** e **C.**, di Milano, e in tutte le principali Farmacie d'Italia e dell'estero, e al Deposito generale a Parigi, 13, Rue Lafayette.

(Invio *gratis*, a chiunque ne fa domanda, di uno studio molto interessante sull'Anemia e sul suo trattamento mediante il Ferro).

RIVISTA DI PATOLOGIA GENERALE E SEMEJOTICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

Litten — *Sulla influenza delle alte temperature sull'organismo.*
Penzoldt — *Sul modo di comportarsi de' versamenti sanguigni nelle cavità sierose.*
Aufrecht — *Rumore sistolico e diastolico prodotto da stringimento della sinistra arteria polmonale.*
Weigert — *Intorno al croup ed alla difterite.*
Cohnheim e Maas — *Contributo alla dottrina della metastasi dei tumori.*
Niedieck — *Della neurite migrante e delle sue conseguenze.*
Rosenback — *Ricerche sperimentali intorno alla nevrite.*
Zuelzer — *Studj sull' infezione putrida e sulla presenza di alcaloidi velenosi nelle sostanze putride.*
Fürbringer — *Intorno alla escrezione dell'acido ossalico colle urine.*
Strümpell — *Sulla presenza dell'acido solforoso nell'orina dell'uomo.*
Niemann — *Contribuzione alla dottrina della cistinuria nell'uomo.*
Stein — *Sull'urina alcalina, per la presenza d'un alcali fisso, specialmente considerata in rapporto colle malattie dello stomaco.*
Runeberg — *Delle condizioni patogeniche dell'albuminuria.*
Teissier — *Albuminuria d'origine nervosa.*
Eichhorst — *Influenza dell'impedito scambio dei gas della respirazionc sulla cifra dell'urea nell'urina.*
Platen — *Esperienze sulla degenerazione grassa degli epiteli renali.*
Bochefontaine e Bourgeret — *Sulla sensibilità del pericardio allo stato normale e patologico.*
Baumgarten — *Ricerche sopra la così detta organizzazione dei trombi da legatura.*

Ueber Einwirkung der erhöhter Temperaturen auf den Organismus. (*Sulla influenza delle alte temperature sull' organismo*); del dottor Litten. (*Arch. f. Anat. und Physiol.*, LXX, 10).

In un vaso di rame a doppie pareti, contenenti acqua alla temperatura costante di 38°-40°, ed ermeticamente chiuso vien posto un porcellino d' India. Tre aperture laterali servono alla ventilazione. In queste

condizioni il porcellino d'India può vivere due a tre giorni; altri animali muoiono più presto.

I risultati dell'esperienza sono:

1.° *Una diminuzione considerevole dell'escrezione dell'acido carbonico.* — Questo risultato è nuovo ed in opposizione con altri precedenti. L'Autore dice, che gli altri osservatori non hanno continuato l'osservazione sufficientemente. In vero esaminando le cifre date dall'Autore si vede che l'acido carbonico aumenta in prima, poi diminuisce progressivamente; la diminuzione sarebbe dovuta alla sempre maggiore riduzione delle emazie; però l'elevamento della temperatura sarebbe un vero veleno pel globulo rosso. Diminuendo l'importazione dell'ossigeno si scinderebbero gli albuminoidi in corpi azotati ed in corpi grassi e, naturalmente, la combustione di questi ultimi verrebbe meno per la poca quantità di ossigene introdotto. Molti esempi tolti dalla patologia umana porterebbero conforto a questi risultati ed alla maniera di interpretarli, p. es., nelle gravi forme di anemia, nell'avvelenamento per fosforo, ecc.

2.° *La degenerazione grassa in un grande numero di organi.* — Fatto già conosciuto clinicamente e sperimentalmente. Il fegato degenera pel primo, poi il cuore, i reni, i muscoli striati della respirazione. La degenerazione grassa si presenta sotto due forme di gocciole di grasso voluminose che riempiono le cellule, o di granuli disseminati. Nel sangue si trova molto detritus granuloso che ricorda quello che fu descritto nel tifo e dimagramento estremo. (Nella *Contribuzione anatomico-clinica alla ematologia*, di De-Giovanni vengono dati reperti ematologici e vengono esposte opinioni unissone con i fatti e le opinioni dell'Autore; può dirsi che l'osservazione clinica tra noi precorse questi risultati sperimentali; ma questo non si dice, perchè generalmente delle cose nostre sogliono occuparsi pochissimo, o punto i colleghi d'oltre Alpi. — *Il Rel.*).

Ueber das Verhalten von Blutergüssen in serösen Höh'en. (*Sul modo di comportarsi de' versamenti sanguigni nelle cavità sierose*). Dal laboratorio fisiologico del prof. Rosenthal, del dott. F. Penzoldt. (*Deutsch. Archiv. f. die klinis. Med.*, XVIII. 544).

L'Autore, assistente alla clinica medica del prof. Leube, prese argomento per le ricerche sperimentali istituite nel Laboratorio di fisiologia, da un caso pratico in cui era stata fatta la puntura al torace sinistro di un operajo, che dopo un trauma cadde ammalato con i sintomi di versamento pleurico ed il versamento era sanguigno. Essendo liquido il sangue sottratto colla prima puntura, l'Autore volle rispondere con opportuni esperimenti al quesito: *se le cavità sierose influenzano il sangue in guisa da ritardarne la coagulazione.*

A questo scopo ideò un metodo operativo per trasfondere nelle cavità sierose di animali il sangue di altri animali e venne alle seguenti conclusioni:

Nel torace dei mammiferi i versamenti sanguigni stanno fluidi per

qualche tempo; i versamenti più copiosi un pajo d'ore, i meno copiosi anche più lungamente. Qualche volta la coagulazione fu agevolata dalla influenza della pleura vivente e sana; completa e stabile ebbesi sempre dopo oltre 24 ore. Il liquido sanguigno che trovasi col coagulo non era il siero del primitivo versamento, inetto poi a coagularsi se tolto dalla cavità; oppure era un liquido coagulabile ed allora molto probabilmente era prodotto da secondario versamento della pleura.

Nella cavità del peritoneo il sangue si mantiene liquido per qualche tempo: tutto od in parte venne assorbito in uno, o due giorni; quando rimase più a lungo nella cavità si verificò la coagulazione; nella cavità peritoneale non si rinvenne mai liquido sanguinolento. Negli animali a sangue caldo il sangue nella cavità del pericardio coagulasi assai presto.

L'assorbimento del sangue e del siero dalle cavità pleuriche del coniglio sembra farsi molto lentamente; invece dalla cavità del peritoneo l'assorbimento è molto più rapido. Molto probabilmente gli stomi e i canali plasmatici ed i linfatici della sierosa sono le vie di assorbimento. L'aumento di corpuscoli bianchi trovati nella massa di sangue d'un mammifero iniettata nella sierosa di uccelli, proverebbe la influenza che esercitava le sierose sulla composizione del versamento sanguigno.

In molti casi al versamento sanguigno nella pleura si associa la pleurite e ciò più facilmente se il versamento è copioso. Il peritoneo si mostrò meno suscettibile di cambiamenti; il che va attribuito alle condizioni dell'esperimento.

Systolische und diastolische Geräusche, entstanden durch Verengerung des Strombettes des linken Pulmunalarterienastes. (*Rumore sistolico e diastolico prodotto da stringimento della sinistra arteria polmonale*); del dott. Aufrecht. (*Deutsch. Arch.*, XVIII. 628).

Un uomo, di 71 anni, soffriva da dieci di respiro affannoso e di tosse e da breve tempo di palpitazione. All'esame del petto fu riscontrata una pneumonite cronica sinistra e alla regione del cuore fu constatata ipertrofia specialmente della metà destra. Applicata la mano si percepiva un fremito sistolico e diastolico ed all'ascoltazione udivasi un rumore sistolico e diastolico sommamente chiaro ed intenso al terzo spazio intercostale di sinistra. 3 centim. distante dallo sterno. Il paziente dovette soccombere ed alla necroscopia, oltre la pneumonite, si trovò ipertrofia della orecchietta destra e del ventricolo destro; gli apparati valvolari normali; il ramo sinistro dell'arteria polmonale più largo dell'arteria stessa, ma le sue diramazioni, che penetravano il parenchima polmonale, considerevolmente ristrette. La lesione vascolare coincideva perfettamente col luogo dove sentivasi più intenso il rumore. Non essendosi trovata alcuna lesione valvolare, perde ogni valore la diagnosi fatta in vita di stenosi ed insufficienza della polmonale. La cronica affezione polmonale pare abbia contribuito ad alterare il lume dell'arteria polmonale. La dilatazione della cavità destra del cuore sono conseguenze naturali dell'alterazione vascolare.

Ueber Croup und Diphteritis. (*Intorno al croup ed alla difterite*); del dott. Weigert. (*Virch. Arch.*, LXX. 461).

È uno studio sperimentale. L'Autore produce il croup sopra la superficie tracheale interna del coniglio irritandola con un liquido ammoniacale; dopo due giorni uccide l'animale e trova il luogo affetto coperto di pseudomembrana brillante, trasparente che si stacca facilmente. La mucosa al disotto è soltanto iniettata. L'esame istologico della pseudomembrana, partendo dalla superficie sua inferiore, così si compendia: — 1.° Uno strato di elementi informi, di cui alcuni ricordano gli epiteli; ma non v'à reattivo che ne disveli il nucleo. Invece si trovano molti nuclei sparsi, liberi, che somigliano ai globuli bianchi del sangue. Qualche volta avvenne che per l'azione di una forte soluzione d'acido acetico, o d'una debole soluzione di acido nitrico, questi elementi gonfiassero e riprendessero aspetto di cellule epiteliali con i loro nuclei. Questo primo strato vien considerato dall'Autore costituito da detritus epiteliale. — 2.° Succede un secondo strato formato da una rete di filamenti, nelle cui maglie stanno nuclei liberi, e solubili nell'acido acetico (fibrina). — 3.° Quando esista uno strato superficiale di mucus lo si discerne alle cellule grandi, chiare a grossi nuclei e con granuli di pimmento nero, contenute in masse di muco amorfe.

Secondo questi dati risulta: *che occorre un irritante assai energico perchè si logori l'epitelio quanto è grosso e si produca l'essudato cruposo.* — L'epitelio devesi in prima distruggere e poscia si forma l'essudato; l'epitelio è un ostacolo alla formazione delle pseudomembrane; la coagulazione di queste è effetto della proprietà *coagulante* del tessuto mucoso propriamente detto. Questo viene dimostrato dall'Autore con altri esperimenti, che consistono nel togliere lo strato mucoso per un tratto sufficiente dalla superficie interna tracheale e nel provocare successivamente l'infiammazione della mucosa tracheale e del luogo denudato, dove non si troverebbero i caratteri della pseudomembrana crupale. Di conseguenza l'Autore verrebbe alla conclusione, che *affinchè si possa stabilire l'essudato cruposo è necessario si distrugga l'epitelio, ma rimanga intatto il sottoposto strato mucoso che contiene vasi.* (Non si comprende perchè l'Autore abbia avuto bisogno di cercare una proprietà *coagulante* nel tessuto mucoso; bastava si chiedesse da dove proveniva la materia dell'essudato, che già conosciamo dotato della proprietà di rappigliarsi. — *Il Rel.*).

Come spiegare la predilezione del croup per la mucosa tracheale? Secondo l'Autore questa predilezione è la conseguenza della *grande permeabilità* del tessuto mucoso tracheale ai globuli bianchi, i quali, come si sa, sono una condizione favorevole alla coagulazione fibrinosa.

Dopo questi principali argomenti, l'Autore studia alcuni altri fatti accessori, tra cui la differenza che rispetto al genere della morte presentano i globuli bianchi dell'essudato, la coagulazione fibrinosa, la suppurazione. Nella coagulazione fibrinosa le cellule si sciolgono nel liquido

interstiziale; nella suppurazione le cellule ed i nuclei si conservano sospesi nel liquido ambiente. In altro lavoro l'Autore si propone di studiare il croup nell'uomo.

Zur Theorie der Geschwulstmetastasen. (*Contributo alla dottrina della metastasi dei tumori*); dei dottori Cohnheim e Maas. (*Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, LXX, 161).

Quando attorno ad un nucleo embolico nasce un tumore, possiamo spiegarcene la formazione in due modi come segue:

1.° Le cellule di cui si compone l'embolo producono una specie di infezione del tessuto, di cui l'effetto è la proliferazione delle pareti vascolari e del parenchima ambiente di cellule eguali a quella della sostanza embolica. Ma se questo può facilmente intendersi quando si tratta di carcinoma, o di sarcoma, non altrettanto si comprende nel caso degli Autori in cui trattavasi di un gozzo cistico assai semplice e che si era generalizzato ai polmoni ed alle ossa.

2.° L'embolo vive per virtù propria; le sue cellule si moltiplicano. Quest'opinione aggrade agli Autori. Ma si tratta di sapere, se un frammento di tessuto staccato da un qualche punto dell'organismo, è capace di proliferare e di vegetare nell' interno dei vasi. Cohnheim e Maas si sono dati all'esperimento per risolvere una tale questione. Ecco in breve il processo ed i risultati.

Esperimentarono la riproduzione del periostio nel coniglio, nel cane e nei polli. Spaccarono un pezzetto di periostio e l' introdussero nella giugulare; così penetrò nei polmoni senza gravi accidenti. Dopo 10 a 16 giorni l'animale è ucciso e si trova il pezzetto di periostio ravvolto in forma di cilindro dentro un vaso in cui è contenuto appena. Nell'embolo periosteo penetrano vasi dai *vasa-vasorum* e si veggono poi corpuscoli assai caratteristici e cellule cartilaginee.

Se si lascia vivere l'animale fino al 25° giorno si trova che la laminetta periostea è raggrinzata, molle deficiente di elementi caratteristici, od anche completamente assorbita.

Da questi fatti si deduce: *a*) la capacità di proliferare nell' embolo; *b*) la tendenza dell'organismo ad eliminare ed a distruggere quello che non serve direttamente alla funzione de' suoi tessuti. Se il periostio nei polmoni dei polli rimaneva allo stato di lamina rosea, vuol dire che il loro organismo non aveva questa tendenza e si deve concludere che questa tendenza manca in ogni organismo dove si verifica la generalizzazione di un tumore. Non è la struttura d'un tumore che costituisce la malignità, ma è la mancanza di questa specie di reazione da parte dell'organismo. Infatti sono frequenti i casi in cui un tumore limitato alla mammella, un neo alla cute, che hanno tutte le parvenze della benignità, quando non lo si crede inizia uno studio di proliferazione e di generalizzazione, essendo venuta meno la capacità di reazione nell' organismo.

Ueber Neuritis migrans und ihre Folgenstände. (*Della neurite migrante e delle sue conseguenze*); del dott. Niedieck. (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharm.* VII, 1877).

Niedieck cauterizza lo sciatico con nitrato d'argento, acido cromico, ecc. e vede tosto una paralisi di moto nelle due membra posteriori, paralisi passaggiera nell'arto sano, permanente nell'arto leso. Qualche volta notò pure paralisi vescicale e rettale e questi sintomi procedevano concentricamente rispetto al midollo e dal midollo verso il cervello, guadagnando l'arto opposto. Insieme notò pure anestesia sotto del punto leso, iperestesia sopra del medesimo in sino alla regione rachidiana; notò anche paralisi vaso-motrice, come indica l'aumento di temperatura. Ora vediamo il reperto necroscopico.

Primo fatto è la produzione d'un focolajo di suppurazione vicino al luogo della lesione; i vasi del nervo e dello strato connettivo circostante sono molto iperemici; rossore edematoso diffuso; il nervo generalmente atrofico. Il lavorio inflammatorio si propaga in su oltre il punto leso e le lesioni successive sono variabilissime per l'intensità e la estensione. Inflammasi pure il midollo spinale in diversi luoghi e attraverso al midollo l'inflammazione invade anche il nervo ischiatico del lato opposto alla lesione. Importa sapere che quest'inflammazione non è continua; non a focolaj disseminati tanto nel nervo cauterizzato, quanto nella midolla spinale.

L'Autore ci intrattiene pure intorno alla glicosuria, che osservò in alcuni de' suoi animali operati e che inclina a riferire alla propagata irritazione del pavimento del 4° ventricolo.

Experimentelle Untersuchungen über Nevritis. (*Ricerche sperimentali intorno alla nevrite*); del dott. Rosenback. (*Ivi*, VIII, 1877).

Avendo criticato tutti gli altri metodi sperimentali, attraversa il nervo con un filo impregnato di tintura di iodo; a questo modo non succede suppurazione del cellulare circostante e la ferita guarisce per prima intenzione. I sintomi consecutivi furono assai scarsi: nei casi in cui non succedette alcuna suppurazione Rosenback notò soltanto paralisi di moto e di senso; quando invece le inflammazioni periferiche al nervo ebbero luogo per aver usato altro metodo sperimentale, i fenomeni di alterata motilità indicavano piuttosto le conseguenze dell' inflammazione muscolare. Non ha mai trovato nè zucchero, nè albumina nelle urine.

I reperti anatomici variano molto a seconda che s' impiegò il metodo del filo o quello dei caustici: nel primo caso mancano focolai, mancano iniezioni vascolari del nervo, il quale invece presenta un piccolo focolaio di rammollimento di colore scuriccio. Sul tragitto del filo si accumulano cellule rotonde con un po' di spandimento sanguigno; dilatazione di vasi del nevrilema con diapedesi dei globuli bianchi. Quando il filo attraversa un fascio secondario si vede vicino al filo la vera nevrite; il nervo, infiltrato tutto quanto de' globuli bianchi, perde il suo aspetto normale.

Mai ebbevi infiammazione ascendente. Nel secondo caso all'incontro generalmente esiste la suppurazione a focolai caseosi nei muscoli; la suppurazione circonda il nervo, il cui neurilemma, come la sostanza nervosa sono infiltrate di liquido sanguinolento. In principio coll'esame microscopico non si vede che la iniezione dei vasi, più tardi si rinviene la sua infiltrazione di cellule rotonde. Anche questa lesione rimane localizzata all'intorno del nervo; manca la vera nevrite, tanto meno ebbe questo un decorso ascendente.

L'Autore ha fatto esperienze analoghe sopra il pneumogastrico sinistro e tra i risultati è notevole la bronco-pneumonite, la endo-arterite (quest'ultima venne prodotta artificialmente anche per lesione del grande simpatico dal De-Giovanni la cui opinione sulla patogenesi della endoarterite acquisterebbe nuova conferma. — *Il Rel.*). Rosenback in tutte le sue esperienze non una volta notò la nevrite ascendente. È questo un fatto della maggiore importanza, perchè costringe a studiare sopra altro indirizzo molti fenomeni clinici, i quali avevano spiegazione plausibile nella diffusione del processo inflammatorio.

Studien über die putride Intoxicationen. Ueber das Vorkommen von giftigen Alkaloiden in faulenden Substanzen. (*Studi sull'infezione putrida e sulla presenza di alcaloidi velenosi nelle sostanze putride*); del dott. ZUELZER. (*Arch. f. experiment. Pathol. und Pharm.*, VIII, 1877).

L'Autore pone accanto ad un forno riscaldato una massa di carne immersa in un peso doppio di acqua e analizzando successivamente il prodotto della putrefazione, arriva alle seguenti risultanze: — In certi periodi della putrefazione si sviluppa un alcaloide tossico, il quale, dal punto di vista fisiologico, somiglia all'atropina od alla iosciamina. La natura dell'alcaloide varia secondo il genere della sostanza in esperimento e secondo il periodo della putrefazione. Questi alcaloidi si trasformano in corpi differenti, instabili, tuttavolta subiscono un'ossidazione, oppure si toglie loro acqua od acido carbonico; la conidrina, poco tossica, può trasformarsi in coniina, assai più attiva, per la semplice sottrazione di acqua. Nell'infezione putrida i bacteri danno luogo senza dubbio a sostanze analoghe. La produzione di questi alcaloidi deve interessare, non che il patologo, anche il medico-legale.

Zur Oxalsäure-Ausscheidung durch den Harn. (*Intorno alla escrezione dell'acido ossalico colle urine*); del dott. P. FÜRBRINGER. (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, 18 B. 4 e 5 Heft.).

Non potendo riassumere questa lunga quanto interessante memoria ci accontentiamo di riportarne le conclusioni: — 1.° L'acido ossalico appartiene ai componenti normali, e forse ai più costanti, dell'urina. — 2.° La sua escrezione colla urina pare non oltrepassi la media normale di 20 milligrammi, essendo la dieta ordinariamente mista. — 3.° La quantità di ossalato di calce che si contiene nel sedimento di urina non è necessariamente proporzionale alla quantità di ossalato di calce, perchè una parte sta sciolto nell'urina. *Si danno urine le quali anche 24 ore*

dopo essere state evacuate non presentano nemmeno un precipitato di ossalato di calce quantunque possono essere ricche di acido ossalico, come altri che invece danno abbondante sedimento di ossalato di calce. — 4.° Il bicarbonato di soda preso internamente non aumenta la eliminazione dell'acido ossalico; ma o è diminuita, o resta invariabile. — 5.° Il solvente principale dell'ossalato di calce è il fosfato acido di soda; minore è l'acidità dell'urina, maggiore il deposito di ossalato di calce. — 6.° Nemmeno l' introduzione di acqua di calce aumenta l'eliminazione dell'acido ossalico. — 7.° L'introduzione di urati non aumenta l' eliminazione dell'acido ossalico. — 8.° Un rapporto di dipendenza tra la presenza di molto acido ossalico nell'urina e la diminuzione del normale processo di ossidazione non è constatato. — 9.° La febbre per se non accresce la separazione dell'acido ossalico.

Ueber das Vorkommen von unterschwefliger Säure im Harn des Menschen. (*Sulla presenza dell'acido solforoso nell' orina dell' uomo*); del dott. A. Strümpell. (*Arch. d. Heilk.*, 1876, V, 390).

L'acido solforoso, componente quasi costante dell'urina dei gatti, e frequente nell' urina dei cani, non era mai stato osservato nell' urina umana. Strümpell riferisce quindi un caso in cui egli ne trovò: trattasi di un ammalato di tifo addominale, non grave; nei giorni in cui egli fece l'osservazione la temperatura oscillava tra 38° e 39°,6; non aveva avuto luogo alcuna cura speciale. L'Autore mentre analizzava l' urina per dosare il cloro, restava sorpreso come, malgrado ripetute prove, non riuscisse ad ottenere la reazione rossa finale del cromato d'argento. Quando poi, dietro ogni probabilità, tutti i cloruri dovevano essere precipitati, egli aggiunse un eccesso della soluzione al nitrato d'argento, e ne risultò un precipitato sporco che presto annerì. Anche l'orina trattata colla barite, filtrata e liberata dall'eccesso di barite coll'CO_2, dava poi al nitrato d'argento la medesima reazione: il precipitato raccolto diè all'esame i segni certi di un composto solforoso. Allora l'Autore con opportune indagini, che non è qui il luogo di riportare, potè accertare che il composto era d'acido solforoso, e probabilmente un sale alcalino. Egli si occupò altresì di determinare la quantità: e in 25 c. c. di orina, oltre a 0,428 di SO_3 (= 0,172 S), trovò 0,300 di S dovuto alla combinazione citata straordinaria. Calcolando ora a 500 c. c. la quantità di urina emessa dal paziente nelle 24 ore (notisi che era febbricitante) si avrebbe l'eliminazione giornaliera di 1,50 di S (= 2,25 di S_2O_2), oltre ai solfati; cioè in complesso 2,36 di S; quantità davvero sorprendente, e che indica una notevole riduzione delle sostanze albuminoidi, almeno secondo le nostre idee sul metabolismo animale.

Il paziente presentò per altri 2 giorni la medesima reazione dell'urina; ma non si potè eseguire un' esatta analisi quantitativa. In seguito il fenomeno cessò, senza che si potessero fissare le circostanze che ne determinarono l' insorgenza e la scomparsa. Analoghe ricerche vennero fatte sull'urina di altri malati cronici e convalescenti, ma senza

risultati. Colla detta urina si potè verificare l'esattezza della reazione di Schmiedeberg, cioè la formazione di un precipitato per mezzo del sublimato; ma desso può venir prodotto anche da altre sostanze contenute nell'urina (p. es., dalla xantina); onde questo metodo non può essere esatto.

Beiträge zur Lehre von der Cystinurie beim Menschem. (*Contribuzione alla dottrina della cistinuria nell'uomo*); di Niemann. (*Deutsche Arch. f. d. klin. med.* 18 B. 2 e 3 heft.).

È questo lavoro una dissertazione inaugurale elaborata dall'Autore nella policlinica del prof. Ebstein di Gottinga. In prima si espone la storia dell'ammalato affetto da calcolosi renale: dava orine con cristalli di cistina ed emise un calcolo che pure si componeva di cistina. Le ricerche dell'Autore furono fatte sull' orina e sul calcolo; ma non potendo noi seguirlo ne' dettagli delle analisi chimiche, ci accontentiamo di riferire i risultati. Uno di questi, che facilmente si rileva leggendo la memoria, è che, data la cistinuria, esista un rapporto fra la quantità dell' acido solforico e quella della cistina, cioè l'aumento del primo si riferisce all'aumento della seconda. Rispetto poi al modo di comportarsi delle orine nella loro composizione ecco ciò che risulta: 1° In alcune porzioni d'orina da poco tempo evacuate — quindi esclusa la fermentazione alcalina — si trovarono talvolta grandi quantità di cristalli di fosfato triplo accanto a cristalli ben conservati di cistina. Ciò mostra, che la reazione dell'orina non acida non osta alla presenza dei cristalli di cistina e quindi la solubilità di essa nell'ammoniaca deve essere minima e quando avviene fa supporre un' eccedenza di questa; 2° Quanto alla determinazione della quantità di acido solforico corrisponde ad una maggior quantità di cistina e viceversa; 3° L'urea vi può essere in quantità normale; 4° Invece l'acido urico vi si rinviene diminuito; 5° Molto probabilmente l'aumento della cifra dell'acido solforico durante la cistinuria proviene dalla cistina sciolta.

A queste ricerche fa seguire l' Autore delle osservazioni epicritiche sopra 52 casi di cistinuria raccolti dalla letteratura. Si vede che il sesso maschile dà un contingente maggiore; che per rispetto all' età i casi di cistinuria sono distribuiti fra 1 e 50 anni, oltre i 50 non si dà nemmeno un caso. Il che vuol dire, come giustamente osserva l' Autore, che una tale condizione morbosa è di quelle che non permettono una lunga esistenza. Non pare che a produrre la cistinuria concorra l'influenza dello stato sociale, nemmeno quella delle morbose costituzioni (resipola, clorosi, anemia, gotta), nè della eredità, nè delle malattie del fegato. I calcoli di cistina e la cistinuria sono piuttosto rari, benchè Robin e Verdeil dicano che nell' urina la presenza della cistina è più frequente che si pensa. La cistinuria può, una volta che siasi manifestata, anche sospendersi. Molte circostanze influenzano sulle quantità della citrina, il fumare, la veglia, il riposo notturno. Quanto all' origine della cistina l'Autore propende all'opinione che l' acido urico nell' organismo

venga decomposto in un corpo che abbia tre atomi di C., il quale dagli albuminoidi dell'urina si acquistò il necessario S. per trasformarci in cistina; lo S. potrebbe anche provenire dai normali solfati che nell' urina normale sempre esistono. È certo che la diminuzione dell' acido urico nella cistinuria è un fatto che appoggia questa opinione.

Ueber alkalischen Harn bedingt durch Ueberschuss von fixem Alkali, mit besonderer berücksichtigung seines Vorkommens bei Magenkrankheiten. (*Sull'urina alcalina, per la presenza d'un alcali fisso, specialmente considerata in rapporto colle malattie dello stomaco*); di STEIN. (*Arch. f. d. klin. Med.* XVIII 2 e 3 Heft. s 206).

L'urina, indipendentemente da ogni insolita introduzione o da ogni processo di fermentazione, può avere una reazione alcalina. Bence-Jones e Roberts hanno ammesso che nel periodo della digestione si emette l'urina o meno acida, o neutra, od alcalina. Le osservazioni di Beneke, di Maly confermano questo fatto, che Maly medesimo spiegherebbe così: nello stomaco si scompongono i cloruri e specialmente quelli di calcio, l'acido cloridrico colla pepsina forma il succo gastrico, le basi rientrano nel sangue, ne accrescono l'alcalescenza, e per ciò si modifica la reazione dell'urina. Roberts poi ha avvertito l' alcalescenza dell'urina nelle persone deboli, anemiche, in quelli che hanno superato reumatismi subacuti, la gotta, nella clorosi, nella tisi, nelle croniche dispepsie e in altre malattie dello stomaco. Quincke, Maly, Ebstein, riportano casi analoghi, dai quali si apprende, che giornalmente sia per vomiti, sia per l' applicazione della pompa stomacale venivano emesse dal ventricolo molte sostanze, tra cui gli acidi gastrici; i quali quindi venivano così sottratti all'organismo. Il caso di Ebstein poi ha un'altro interesse, perchè nell'urina si deponevano cristalli di fosfato triplo, che, come si sa, colla loro precipitazione accennano al difetto di acidità nell' urina. L' Autore veramente pensava che questi cristalli fossero di fosfato triplo; ma da qualche scrittore identici cristalli sono indicati come di fosfato di magnesia. Di conseguenza l'Autore stesso, onde arrivare a distinguere esattamente gli uni dagli altri e così confermare il valore del fatto clinico surriferito, pensò di preparare artificialmente le due specie suddette di cristalli ed anche quelli di calcio ed esaminarli poi in confronto con quelli raccolti nell'urina dell'ammalato di Ebstein. Dopo molti tentativi riuscì a formare un reagente per i detti fosfati, con una parte di carbonato di ammonio del commercio in cinque parti di acqua. Se si fa agire questa soluzione sopra l'una e poi l'altra specie di fosfati si osservano i seguenti fenomeni:

1° *Il fosfato triplo* rimane inalterato quasi anche dopo sette giorni; 2° *il fosfato di magnesia* si altera immediatamente; 3° *il fosfato di calcio* perde tosto i suoi contorni, si vedono quindi innumerevoli minuti granuli, senza sviluppo di gaz. Dopo alcune ore i granuli si fanno angolosi e dopo lungo tempo non rimangono frantumi di cristalli. Dopo queste prove l'Autore conclude, che i cristalli di cui è parola nella storia

di Ebstein si devono ritenere di fosfato di magnesia pel modo di comportarsi col suo reagente. Aggiunge quindi che le urine alcaline, quando sono tali per le suaccennate condizioni morbose, non daranno cristalli di fosfato triplo, perchè in genere assai poca è la quantità di ammonio che contengono e ne possono dare solo quando sia incominciata la fermentazione loro. È desiderio dell'Autore che i medici abbiano a rivolgere l'attenzione non solo sulla qualità delle urine, ma anche sull'azione del proposto reattivo.

Des conditions pathogeniques de l'albuminurie. (*Delle condizioni patogeniche dell'albuminuria*); di Z. W. Runeberg. (*Nordisk. medicinskt. Archiv.* XIX, 1877 e *Revue des Sciences médicales.* T. 12, fasc. 1, p. 90).

Prima d'entrare nell'argomento, l'Autore fa indagini sulla permeabilità delle membrane animali a differenti pressioni, sulla rapidità con cui si effettua la filtrazione dei sali e delle materie albuminoidi e viene alle seguenti conclusioni: 1° L'albumina non si scioglie realmente; le così dette soluzioni albuminose non sono che delle emulsioni; le diverse albumine filtrano tutte diversamente, quelle dell'uovo passa più presto che quella dello siero; la caseina del latte non filtra; 2° Quanta maggiore la pressione esercitata alla superficie della membrana filtrante, tanto più lento il passaggio; 3° Se la membrana è in contatto colle due superfici con liquidi, la permeabilità è inversamente proporzionale colla differenza delle pressioni.

Con queste proposizioni l'Autore spiega l'albuminuria; prima però dimostra che i tessuti che separano i vasi dei glomeruli di Malpighi, dai canali uriniferi, possono essere rassomiglianti alla membrana di cui egli s'è servito; che l'escrezione urinaria è l'effetto d'una semplice filtrazione; che le ipotesi colle quali s'è voluto spiegare l'albuminuria non hanno ancora avuto una dimostrazione sperimentale.

1° *I tessuti che separano i capillari del glomerulo dai tubi uriniferi sono paragonabili alle membrane filtranti.* — Questa proporzione risulta dalle osservazioni dell'Autore, il quale a forte ingrandimento e specialmente colla lente ad immersione trova uno strato di grosse cellule a nucleo, che può isolarsi usando debite precauzioni. Questo strato di cellule si trova in ogni età dell'uomo.

2° *L'escrezione dell'urina è una semplice filtrazione.* — Sostenitore delle idee di Ludwig, dice che il liquido che si raccoglie nella capsula di Bowman è acqua con sali in soluzione. Quale modificazione subisce l'urina prima di raccogliersi nella vescica? Ricordandoci che i sali dell'urina sono in maggior copia che i sali dello siero sembra probabile che l'acqua attraverso i tubuli in parte si riassorba. Ad ogni modo in base a parecchie considerazioni si ammette che l'urina risulta da un semplice processo di filtrazione dell'acqua dello siero, che quest'acqua trascina con sè i sali, che la concentrazione di questi deriva dall'assorbimento dell'acqua lungh'esso il suo tragitto nei tubuli. Quelli che sostengono essere nel rene una proprietà per cui converte l'alcalinità dello

siero nell'acidità dell'urina, devono ricordare che in ogni liquido alcalino viene meno l'alcalinità per il fatto solo della sua filtrazione, che se il liquido contiene già in soluzione dei sali acidi, è naturale che cambi reazione.

3° *Le spiegazioni date sin qui sulla patogenesi dell'albuminuria non soddisfano.* — L' Autore ricorda l'opinione emessa da Frerichs e sostenuta universalmente circa il rapporto che passa tra albuminuria e stasi venose renali; ricorda pure tutti i fatti clinini e sperimentali che dimostrano vera l'opinione, indi dice che è difficile spiegare su questi fatti come avvenga l'albuminuria. Si volle che l' albumina uscisse dai vasi interstiziali; ma questi sono circondati dalla loro guaina linfatica che l'albumina dovrebbe attraversare per arrivare nei tubuli e mescersi all'urina. Secondo altri l'albumina troverebbe mezzo ad uscire coll' urina dell'organismo per essere distrutti gli epitelii; ma quante volte non vediamo questi epiteli distrutti senza che ci sia dato notare l'esistenza dell'albuminuria? La quantità dell'albumina poi non è mai in rapporto colla quantità degli epiteli alterati. L' Autore non ammette nemmeno l'albuminuria discrasica, rifiuta le opinioni di Robin, di Gubler e di Jaccoud e viene a questa conclusione: che nelle albuminurie non accompagnate da veruna lesione renale, l'essudamento si fa nei capillari dei glomeruli, che risulta da una diminuzione della tensione vascolare, o piuttosto dall'aumento della permeabilità ch'essa produce. Con questa teoria si spiegano molti fenomeni rimasti fin qui oscuri.

Le albuminurie da vizio cardiaco si è sempre detto che provengono dell'aumento della pressione venosa. Ma secondo l' Autore qui abbiamo molti momenti di cui devesi tener conto: 1° La diminuzione della tensione delle arterie è sempre maggiore che l'aumento della tensione delle vene; 2° Questa si fa sentire sui capillari interstiziali specialmente e difficilmente arriva fino ai vasi del glomerulo; 3° Nei tubi uriniferi schiacciati dalle vene dilatate, la tensione aumenta per modo che la differenza tra di essa e quella dei capillari secernenti diminuisce. Ora si sa che la filtrazione si fa tanto più facilmente attraverso una membrana che separa due liquidi, quanto minore è la loro pressione (esperienze dell'Autore). Per conseguenza le albuminurie da causa meccanica hanno per causa la diminuzione della tensione delle arterie; l'aumento della pressione nella vena è fatto accessorio. Lo stesso avviene nel caso di legatura di una delle renali, o di legatura dell'aorta, o di collasso del cholera, ecc. Nelle albuminurie nervose abbiamo la stessa spiegazione, sempre agisce la diminuzione della tensione nei capillari; altrettanto nelle albuminurie di malattie renali. In fine ecco le conclusioni dottrinali dell'Autore: 1° Il passaggio dell'albumina dello siero nelle vie urinarie si fa a livello dei glomeruli di Malpighi, risulta della permeabilità dell'epitelio che lo ricopre; 2° Questa permeabilità proviene dalla differenza tra la pressione che esiste nei tubi uriniferi e la tensione sanguigna nei capillari arteriosi, diminuzione che può essere prodotta per l'elevamento della

pressione intracanalicolare, o per l'allargamento della tensione nel glomerulo; 3° Quando l'aumento delle permeabilità succede alla infiammazione le differenze della tensione agiscono come nel caso precedente contribuiscono ad aumentare od a diminuire la quantità dell'albumina; 4° la albumina dell'uomo possiede una maggiore filtrabilità che quella dello siero.

Albuminuria d'origine nervosa; del dott. Teissier. (*Montpellier médical.* T. 30, pag. 352).

L'Autore ha fatto un'interessante comunicazione dell' albuminuria di origine nervosa, asserendo che l'elemento nervoso nell'albuminuria esiste più di spesso che non si creda. In appoggio di che egli cita cinque osservazioni, nelle quali le manifestazioni nervose hanno preceduto l'albuminuria e ne sono quindi la causa e non l' affetto. Ne' suoi cinque casi l'Autore trova una conferma delle esperienze di Bernard, il quale sa produrre la glicosuria o l'albuminuria pungendo punti diversi del quarto ventricolo. Soggiunge che Gubler aveva descritto un caso d'albuminuria successiva ad una lesione dell'istmo encefalico. Recley richiama a proposito un altro ammalato interessante di Lionville, che aveva una soffusione sanguigna d'origine traumatica al punto indicato di Bernard nelle sue esperienze sugli animali e che aveva presentato durante la vita molta albumina nell'urina. Courty cita due album inurici, che soffrivano dolori alla nuca, l' uno dopo una caduta, l' altro dopo dispiaceri morali prolungati.

I fatti riportati dall'Autore sono molto interessanti, ma sono lontani dal presentare il grado di novità che l'Autore loro attribuisce. Magnan, Desnos hanno osservato dei casi analoghi a quelli di Gübler e di Lionville con emorragia della protuberanza.

Ma l' Autore avrebbe soprattutto dovuto citare i fatti recentemente osservati da Ollivier, che mi pare si avvicinino ai suoi più di quelli osservati da Gubler e Lionville.

Studiando i casi recenti di apoplessia a Ivry in un asilo di vecchi, Ollivier ha constatato che l' albuminuria è molto più frequente di quel che si crede e che essa può susseguire a lesioni cerebrali situate in tutt'altri luoghi che nel mesocefalo. Egli medesimo institui delle esperienze nelle quali produsse delle lesioni negli emisferi nei conigli, ed ebbe così albuminuria, quantunque il mesocefalo fosse intatto.

Ollivier distrugge così completamente le conclusioni ottenute precedentemente e conchiude che l' albuminuria si presenta frequentemente nelle lesioni cerebrali di sede molto varia.

A me sembra che le osservazioni di Tessier confermino molto più queste idee che non la localizzazione mesocefalica dedotta dalle esperienze di Bernard, imperocchè io non vedo nulla nelle sue osservazioni, che indichi una lesione del mesocefalo: le si direbbero piuttosto delle alterazieni comuni degli emisferi. Quindi la conclusione di Tessier è erronea. Lungi dal confermare le esperienze di Bernard, questi fatti in-

deboliscono la generalizzazione clinica de'suoi risultati esperimentali e si avvicinano molto più ai fatti di Ollivier, che a quelli di Gubler e di Lionville.

Der Einfluss des behinderten Lungengaswechsels beim Menschen auf den Stickstoffgehalt des Harns. (*Influenza dell'impedito scambio dei gas della respirazione sulla cifra dell'urea nell'urina*); di Eichhorst. (*Archiv. f. pathol. anat e physiol.* LXX).

Eichhorst combatte l'opinione che la secrezione dell'urea stia in rapporto colla introduzione dell'ossigeno e veramente che diminuendo quest'ultima aumenti la prima. Istituì le sue osservazioni sopra 4 fanciulli affetti da croup, nei quali, persistendo la dispnea da 26-32 ore, praticavasi la tracheotomia. In luogo di ottenere grandi quantità di urea, ebbe i seguenti risultati che epiloghiamo dai quadri accuratissimi che accompagnano la memoria:

1° Durante la dispnea la secrezione dell'urea è minima;

2° Tornando libera la respirazione la quantità dell'urea aumenta, aumentando in pari tempo la quantità dell'urina. Esige poi speciale riguardo questa circostanza, che l'aumento dell'urea è non solo relativo ma anche assoluto;

3° Se la respirazione viene impedita la cifra dell'urea diminuisce;

4° Se la dispnea è considerevole e grave, la secrezione dell'urea può completamente sospendersi.

Dopo questi fatti i quali concordano con tantissimi altri della clinica è inutile seguire l'Autore nella critica degli esperimenti in base ai quali Fränkel sosteneva idee opposte a quelle dimostrate giuste nella memoria.

Experimentelle über fettige Degeneration der Nieren epithelien. (*Esperienze sulla degenerazione grassa degli epiteli renali*); di Platen. (*Virchow's Arch.* LXXI, 31).

L'Autore a differenza di altri che lo precedettero nell'argomento, attribuisce la degenerazione degli epiteli al difetto di nutrizione e lo prova colle sue esperienze, le quali consistono nel mettere a nudo l'arteria renale o nel diminuirne il calibro mediante legatura. Essendo uno studio lungi ancora della meta, ci limitiamo a riassumere il risultato generale di queste esperienze, dalle quali risulterebbe: che quando venga soppressa la nutrizione dell'organo, succede la gangrena; quando diminuisce soltanto ma rapidamente succede la degenerazione grassa; quando diminuisce sempre progressivamente succede l'atrofia.

Sur la sensibilité du péricarde à l'état normal et pathologique. (*Sulla sensibilità del pericardio allo stato normale e patologico*); di Bochefontaine e Bourceret. (*Compt. rend. de l'Acad. d. Scienc.* 1877).

Il dolore che accompagna qualche volta la pericardite, non avendo il carattere di un dolore pleuritico, reclama uno studio particolare, tanto più che sappiamo tutti essere le sierose addolorabili durante il processo infiammatorio.

Gli Autori hanno perciò ideato delle esperienze facendo infiammare artificialmente il pericardio nei cani. Interrogando allora la sensibilità della sierosa hanno scorto delle variazioni nella pressione sanguigna sotto l'eccitazione pericardica. Agendo sopra animali curarizzati e tenuti in vita colla respirazione artificiale hanno notato che il pericardio è sensibile alle eccitazioni meccaniche. Il che poterono poi notare anche su animali nello stato normale, dove la sensibilità si manifestò specialmente alla faccia esterna della sierosa. Questo spiega perchè la pericardite reumatica superficiale, che affetti solo lo strato epiteliale, sia poco o punto dolorosa, e come per lo contrario la pericardite che attacca l'intera sierosa possa produrre dolore, senza che altri organi semplici vengano ad essere involti nel processo morboso.

Untersuchungen über die sogenannten Organisation der Ligatur thrombus. (*Ricerche sopra la così detta organizzazione dei trombi da legatura*); di Baumgarten. (*Berlin. klin. Wochens.* N. 42, 1877).

L'irritazione prodotta dalla legatura, suscita ed intrattiene l'infiammazione dell'avventizia e del tessuto connettivo circostante. Però deriva un disturbo di nutrizione nell'endotelio vasale, i cui elementi si tumefanno e diventano granulosi. A questo stadio d'irritazione nutritiva succede lo stadio della irritazione formativa durante il quale l' endotelio prolifera: ne nasce la produzione di nuovi endotelii che fanno salienza nell' interno del vaso. Dopo un certo momento del processo pare che la membrana endotelica di nuova formazione più non partecipi alla proliferazione. Gli strati esterni della produzione endotelica rappresentano una trama irregolare di cellule appiattite, di varia forma di differente grado di proliferazione nucleare ; mentre gli strati interni sono formati come da pagine concentriche di cellule (fibro-plasti di Neumann) e che per la loro disposizione e conformazione ricordano le fibre muscolari liscie.

Queste cellule sono veramente i precursori del futuro tessuto connettivale.

Oltre la proliferazione endoteliale abbiamo anche una produzione di tessuto intravascolare ed è il tessuto dei vasi, che cresce a livello della legatura e penetra all'interno del vaso per le aperture che nascono necessariamente atteso la necrosi del connettivo, strozzato dal filo, non che attesa la rottura della media e della interna del vaso. Questi fatti possono osservarsi in vasi dove non esiste nè trombo nè sangue liquido stagnante e questi fatti medesimi per questo ancora inducono l' Autore a ritenere erronee le anteriori opinioni intorno alla organizzazione dei trombi.

RIVISTA OSTETRICA

del dottor GUELMI.

Murphy Giacomo — *Utero e vagina doppii.*

Barton R. — *Allungamento ipertrofico considerevole del collo uterino a termine di gravidanza, incisione e dilatazione forzata.*

Duncan Matteo — *Parto impossibile per ipertrofia dei reni.*

Schucking A. — *Trattamento antisettico del canale genitale della donna.*

Zweifel — *Cura profilattica della febbre puerperale.*

Liman — *Dilatazione del collo pel trattamento delle emorragie uterine.*

Pollard Giacomo — *Emorragia consecutiva al parto curata colla terebintina.*

Griffiths — *Nuova cura dell'emorragia postpuerperale.*

Atthil e Gusserow — *Trattamento delle emorragie uterine per le injezioni d'acqua calda.*

Cristie — *Nuovo strumento per arrestare le emorragie dopo il parto.*

Ashe — *Injezioni intrauterine di segale nelle emorragie dopo il parto.*

Runge — *Ricerche sull'influenza che esercita la temperatura progressiva d'una donna incinta sulla vita del feto.*

Chamberlain — *Rapporto degli organi orinarii colle affezioni puerperali.*

Reimann — *Entrata simultanea di due teste di gemelli nel piccolo bacino.*

Macdonald — *Natura e meccanismo della rottura spontanea dell'utero nella sua porzione cervicale.*

Collin Mackenzie — *Caso di idrorrea.*

Jakesch G. — *Evoluzione spontanea con feto vivo e coesistenza d'iperplasia cistica della vagina.*

Murillo — *Trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza mediante la dilatazione del collo.*

Dujardin-Beaumetz — *Cura dei vomiti incoercibili dalla gravidanza colla polverizzazione di etere.*

Marion Sims — *Cura dei vomiti incoercibili della gravidanza.*

Engelmann — *Cefalotribo e cranioclaste.*

Kien — *Della decapitazione del feto in certi casi di versione impossibile.*

Verardini Ferdinando — *Ricerche sulla causalità del soffio utero-placentare, e nuove osservazioni confermative l'utile dell'ascoltazione entro-vaginale.*

Utero e vagina doppii; del dott. Murphy. (*The British med. Journal*, mars 1878).

Il dott. Giacomo Murphy scoperse questa singolare anomalia in una donna di 32 anni, maritata da 7 anni, senza essere mai stata incinta, e che era venuta a consultarlo per una cisti del gran labbro destro. Un sipario partendo dalle due piccole labbra un po' in avanti della forchetta, andava verso l'utero, dividendo completamente l'utero in due porzioni, il canale anteriore era più grande del posteriore. Questo sipario grosso sul davanti un decimo di pollice, e che andava assottigliandosi verso l'utero, era formato da un tessuto resistente, denso, ricoperto da tessuto squammoso, composto di larghe cellule particolari alla vagina, colla mucosa della quale stava in continuità. Il canale anteriore era un po' più piccolo d'una vagina normale, ed il posteriore un po' più piccolo del primo, ma i due riuniti non erano più larghi d'una vagina ordinaria: infatti quando si dilatava l'uno si diminuiva l'altro essendo il sipario assai estensibile La vulva era normale, e le caruncole mirtiformi si vedevano bene sviluppate attorno all'orificio di ciascuna vagina, dimodochè era permesso supporre l'esistenza di due imeni. Al fondo del canale anteriore si trovava un collo affatto normale per situazione, e forma un po' più piccolo del normale. Attraverso il collo si poteva far penetrare un catetere alla profondità di circa 2 pollici, ma vi avea un po'di stenosi. Nel canale posteriore si trovava un collo piccolo, e corto estendentesi nel cul di sacco anteriore, e superiore di questo canale; una piccola sonda penetrava a stento alla profondità d'un pollice e mezzo. Per assicurarsi che l'utero era pur doppio, si fece penetrare una sciringa per ciascun collo, ma giammai le due sonde si incontrarono, ciò che conferma l'esistenza del sipario intrauterino. Ponendo due dita nel canale anteriore contro la porzione anteriore dell'utero, e premendo coll'altra mano sull'addome ben all'indietro dell'utero, si potè esplorare il fondo di questo viscere, che parve normale, e per quanto si potè stabilirlo non vi avea che un ovajo da ciascun lato. Ponendo la mano sulla superficie anteriore dell'utero, ed introducendo un dito nel canale posteriore, il doppio collo sembrava avere una volta e mezza il volume d'un collo ordinario.

Si procedette ad un esame fuori dell'epoca mestruale, e coll'ajuto dello speculum fu assicurato che i mestrui fluivano in abbondanza dal collo anteriore, ma discretamente, e distintamente dal collo posteriore.

La F. non avea mai sofferto alcuna indisposizione, eccetto il disturbo della cisti predetta, ed un po' di dismenorrea, per la stenosi cominciata ai due colli.

Il dott. Murphy dilatò successivamente i due colli: la dismenorrea disparve quasi completamente, nè più soffrì nelle quattro epoche successive.

Alla Società ostetrica di Londra (dicembre 1877), il dottor Gervis riferisce un altro caso di questo genere. L'ammalata è donna di 37 anni, maritata da 4 anni, che non ebbe figli, ma probabilmente un aborto. La mestruazione fu regolare avanti il matrimonio, frequente dopo, e sempre accompagnata da dolori. All'esame si trovò una vagina doppia, separata da un sipario grosso d'un dodicesimo ad un ottavo di pollice (2 a 3 millimetri).

La vagina a sinistra era più larga che a destra. Al fondo di ciascuno si trovava un collo, con piccolo orificio. Si poteva introdurre una sciringa a mezzo pollice di profondità a sinistra, ed un pollice e mezzo a destra. Vi aveano due uteri Si divise il diaframma intervaginale col mezzo dell'*écraseur* galvanico allo scopo di sollevare l'ammalata. La dismenorrea cedette coll'uso della sciringa.

Il dott Playfair rammenta in seguito il caso di Ross, di Brighton, narrato nel *Lancet*, di due bambini a termine venuti al mondo a due mesi d'intervallo, nella cui madre si trovarono due uteri che avevano concepito separatamente.

Allungamento ipertrofico considerevole del collo uterino a termine di gravidanza, incisione e dilatazione forzata; del dottor A. R. Barton. (*New-York Medical Record*, febbraio 1878).

L'Autore racconta d'essere stato chiamato presso una irlandese, d'anni 3?, vicina a partorire il quarto figlio: la borsa erasi rotta da 44 ore, e non erano cominciati i dolori che da 21 ore, ma bene moderati; allorchè questi apparvero sentì un brivido di freddo, poi un po' di febbre, ed abbondanti sudori. Esaminando l'ammalata scorse fra le grandi labbra un enorme tumore che sporgeva per più di 10 centimetri al di fuori della vulva; era il collo uterino ipertrofico il cui orificio ammetteva l'estremità dell'indice.

Il tessuto del collo era duro, quasi cartilaginoso; le pareti vaginali rovesciate all'infuori, erano spesse, ipertrofiche, secche e liscie. Nessuna ulcera, salvo in un punto limitato del labbro anteriore vicino al collo. Il dito introducevasi liberamente nel collo come in un canale; non raggiungendo però alcuna parte fetale. Interrogata sugli antecedenti, la donna rispose che i suoi parti furono naturali, facili, e di breve durata. Salute buona sino al quarto mese della presente gravidanza; fu allora che in seguito ad una corsa prolungata, durante la quale portava un pesante fardello, la partoriente provò un peso nel ventre poi si produsse il prolasso uterino accompagnato da un allungamento ipertrofico del collo. Essa soffriva poco, eccetto quando portava oggetti pesanti, o camminava troppo. Voglia frequente di orinare, ma senza disturbo. Dopo 24 ore il dott. Barton la ritrovò nel medesimo stato, senza grandi dolori; la testa in vagina respingeva il collo non dilatato, e faceva a metà sporgenza fuori dalla vulva, poi rientrava dopo la cessazione di ciascuna contrazione; poca emorragia.

Essendovi necessità di agire, l'ostetrico tentò la dilatazione del collo

col due indici; al termine di mezz'ora sforzi inutili, egli scarificò in una dozzina di punti il collo sino alla profondità d'un centimetro circa; e finì per estrarre una bambina viva del peso di 3 chilogr. circa; con lieve lacerazione del tessuto del collo; sortita naturale e spontanea della placenta. Subito dopo il parto l'utero si mise a posto, e si contrasse convenientemente; il tumore si ridusse il più che fu possibile, ma non si mantenne. Il perineo si lacerò in grandissima estensione. Le funzioni puerperali seguirono regolarmente.

Parto impossibile per ipertrofia dei reni del feto; del dottor Matteo Duncan. (*The obstet. Journal of Great Britain*, febr. 1878).

L'Autore comunica quest'osservazione alla Società ostetrica d'Edimburgo. L'8 giugno il dott. Hamilton è chiamato presso la sig.ª A. d'anni 23, primipara: la borsa delle acque è rotta, e la paziente ha dolori costanti. Il collo è rigido, e non dilatato, e solo dopo due giorni la testa discende, e sorte dopo grandi sforzi; sortono egualmente le due braccia, ma il parto non fa più alcun progresso a partire da questo momento. Si passa un laccio sotto le ascelle del feto, e tirando fortemente, si può passare la mano sinistra lunga la faccia anteriore del feto; si trova il ventre eccessivamente aumentato di volume. Il feto avea cessato di vivere in questo momento.

Si procede all'eviscerazione parziale senza arrivare a far sortire il feto; si separa la testa, e le spalle; si fa la versione del restante del corpo, e dopo molti sforzi si giunge ad estrarlo.

Si trova allora nell'addome un tumore che pare essere un rene ipertrofico; l'altro rene era restato nell'utero, dal quale si estrae prima della seconda. Vi ebbe leggiera emorragia consecutiva facilmente arrestata. La guarigione fu disturbata dalla febbre, da un po' di albuminuria, e da ritenzione d'orina.

Esame dei reni. — Ciascun rene pesa una libbra, e misura 13 centimetri di lunghezza per 13 e mezzo di larghezza nel suo diametro più grande; di forma rotonda, consistenza molle; al taglio nessuna divisione possibile fra lo strato midollare, e corticale; tutta la sostanza renale è convertita in una materia d'aspetto gelatinoso comprendente un numero considerevole di cisti della grossezza da una testa di spillo a quella d'un pisello. Un liquido chiaro sorte in quantità alla sezione, la capsula si leva facilmente, e lascia allo scoperto una superficie molle sulla quale sporgono numerose cisti.

L'enorme volume dei reni è dovuto: 1° al numero considerevole delle cisti; 2° allo sviluppo esagerato del tessuto intertubulare.

Del trattamento antisettico delle ferite del canale genitale della donna; del dott. Schucking A.

I risultati che l'Autore ottenne in otto casi d'affezioni puerperali coll'irrigazione antisettica permanente, lo condussero a formulare questo principio: che le lesioni (ferite) della vagina, e dell'utero possono, come ogni altro traumatismo, venire protette contro i processi settici all'ajuto

di questo metodo di trattamento. Ecco come procede il dott. Schucking; immediatamente dopo il parto, deterge la vagina con uno zaffo di ovatta intriso in una soluzione d'acido fenico a 5 per 100. Dopo di che introduce sino nel fondo della matrice una sciringa avviluppata in finissimo velo, previamente bagnato in una soluzione fenizzata. Poi coll'ajuto d'un irrigatore messo in comunicazione con una sciringa uterina disinfetta l'utero, e le pareti della vagina. Riempie in seguito l'irrigatore con una soluzione contenente il 10 per 100 di solfato di soda, e 5 per 10 di glicerina, destinato all'irrigazione permanente.

Ogni 12 ore Schucking ritira la sciringa col suo involucro, per mettere in posto una nuova sciringa coperta nello stesso modo. In pari tempo pratica una nuova iniezione fenizzata seguita da un' irrigazione prolungata, colla stessa soluzione al solfato di soda, od alla glicerina. La durata della cura dipende dal decorso degli accidenti osservati in ciascun caso particolare

Cura profilattica della febbre puerperale; del dott. Zweifel. (*Berliner klinische Wochenscrift*).

L'Autore richiama l'attenzione sui vantaggi che presenta il metodo antisettico applicato alla profilassi della febbre puerperale. Egli cita Bischoff come il primo ostetrico che abbia proposto in ostetricia il metodo di Lister. La cura di Bischoff consiste nel far prendere un bagno all'ammalata nel momento in cui si appalesano i primi dolori, ed a lavare attentamente la vagina con una soluzione di acido fenico (2 gr. per 100 d'acqua). Queste iniezioni fenizzate vengono ripetute ogni due ore. Le mani dell'ostetrico, e di altre persone che devono avvicinare la partoriente sono disinfettate con cura mediante una soluzione fenizzata al 3 per 100. L'olio, ed il grasso, che servono per ungere il dito dell'ostetrico, vengono sostituiti da un olio carbolizzato contenente il 10 per 100 d'acido. Dopo il parto uno zaffo di cotone imbevuto d'olio fenizzato vien posto nella vagina, e frequentemente rinnovato. Durante la prima quindicina del puerperio si praticano iniezioni fenizzate vaginali più volte al giorno. La cura profilattica diede eccellenti risultati a Bischoff, Schucking, e Zweifel. Quest'ultimo l'applicò in 164 pazienti, e non ebbe una sola minaccia d'infezione purulenta. Il dott. Spiegelberg che impiegò pure il metodo di Lister in ostetricia non perdette che 5 ammalate sopra 900 partorienti.

Dilatazione del collo applicato al trattamento delle emorragie uterine; del dott. Liman di Boston.

L'Autore pensa che la dilatazione del collo uterino costituisca un mezzo efficace alla cura delle emorragie, ed all'appoggio della sua opinione riferisce un certo numero di fatti.

In un primo caso la dilatazione del collo, praticato allo scopo di distruggere un piccolo fibroide situato sul labbro anteriore, fece cessare delle emorragie che persistevano da lungo tempo, senza per altro fare scomparire il tumore morboso.

In un altro caso si trattava d'una metrorragia persistente da 4 anni, senza che s'abbia potuto scoprirne la causa, e che completamente cessò dopo la dilatazione del collo.

Il dott. Storer di Boston ha egualmente notato che la dilatazione del collo, che avea praticato allo scopo di rischiarare la diagnosi, faceva immediatamente cessare l'emorragia, e dappoi impiegò l'introduzione della tenta spugna per combattere le metrorragie, ed ottenne sempre un risultato immediato, e permanente.

Il dott. Goodell egualmente ottenne buoni risultati dalla dilatazione; egli pensa che la tenta-spugna faccia cessare l'emorragia ritenendo fra le sue maglie i piccoli tumori fongosi che la mantengono.

Liman risponde che egli usò sempre la laminaria a produrre la dilatazione del canale cervicale.

Emorragia consecutiva al parto curata colla terebintina; del dottor James Pollard. (*The British med. Journ.*, febr. 1878).

Il dott. Pollard impiegò con vantaggio la terebintina in un caso di emorragia consecutiva ad un parto. Il 10 febbraio assistè M. W. nel suo parto: che fu normale, con sortita della placenta cinque minuti dopo il feto. Siccome avea avuto emorragia negli ultimi suoi puerperii, si avea dato della segale. Ma ad onta di questo, dopo qualche minuto si produsse profusa metrorragia, che non si arrestò coll'amministrazione di segale, colla compressione, e colle iniezioni fredde. Fu deciso allora di far prendere alla donna un oncia di terebintina sbattuta con un uovo, ed in meno di cinque minuti si sentì l'utero contrarsi, divenire duro, ed ogni scolo cessò.

Nuova cura dell'emorragia post-puerperale; del dott. Griffiths.

L'Autore pubblica una nota sopra un mezzo assai semplice che gli è riuscito in due casi d'emorragia post-puerperale. Questo mezzo che può impiegarsi senza timore, consiste a dirigere un forte getto di etere sopra le pareti addominali, sulle parti genitali, e sulla regione lombare.

Trattamento dell'emorragia consecutiva per le injezioni di acqua calda; del dott. Atthill. (*The obst. Journal of Great Britain*, 1878 e lo *Sperimentale*, agosto 1878).

Il dott. Atnill lesse alla Società Ostetrica di Dublino una Memoria sull'uso delle injezioni d'acqua calda nelle emorragie consecutive al parto. Contro queste emorragie, egli dice, si è sempre usato il percloruro di ferro: ma nei casi in cui i pratici erano contrari all'uso di questo stittico, ed in quelli in cui non si ha il percloruro egli raccomanda vivamente l'uso dell'acqua calda injettata nell'utero. Il dott. Atthill approva l'uso dell'acqua fredda nei casi in cui si abbia a fare con una donna in perfetta salute, ma si dichiara contrario a tale pratica quando la donna è spossata per malattia anteriore, o per ripetute perdite di sangue. Egli riferisce due casi in cui impiegò questo metodo col risultato più soddisfacente. Egli pensa che le injezioni d'acqua calda stimola potentemente le contrazioni uterine, ed arresta così rapidamente l'emorragia, agendo

pure, secondo lui, come stimolante generale. L'effetto sul polso nei casi in cui usò questo metodo fu assai marcato: il polso fu più rapidamente affetto, che colle injezioni ipodermiche di etere: non ricadde più. Il dott. Atthill raccomanda per l'uso di questo metodo:

1.° Che l'acqua sia a 110 gradi Fahrenheit, o 22 centigradi.

2.° Che la cannula della siringa impiegata debba penetrare al fondo dell'utero.

Il dott. Windelband di Vienna ha di già impiegato questo metodo.

Il prof. Gusserow di Strasbourg, ed il suo assistente dott. Runge hanno provato le injezioni d'acqua calda nel caso di perdite uterine gravi, emorragie per atonia dell'utero dopo il parto, e consecutive ad aborto, o risultanti da una ritenzione di porzione di placenta.

Per praticare l'injezione si servono d'un irrigatore, o di una sciringa e di acqua alla temperatura di 36° a 44° R.

Ecco il riassunto dei fatti osservati:

1.ª Serie. — Dieci casi d'emorragia per atonia dell'utero. In due donne in istato di anemia gravissima, e che perdevano sangue malgrado l'uso dei mezzi più energici, le injezioni d'acqua riuscirono a meraviglia, sia per far cessare la perdita, sia per rialzare lo stato delle forze. Una delle ammalate avea preso dell'ergotina avanti l'iniezione, di modo che il successo dell'acqua calda è però contestabile. Cinque malate indebolite, e che non aveano preso ergotina, guarirono dalla perdita dopo l'iniezione.

In due donne il risultato fu dubbio, e nel 10° caso assolutamente nullo anche dopo un'injezione prolungata d'una mezz'ora.

2.ª Serie. — Sette casi d'emorragia per inserzione di placenta.

Le injezioni non furono di alcuna utilità sino al momento in cui si potè estrarre la seconda, ed i suoi avanzi dall'utero. Ma appena fu vuotata la matrice determinarono le sue contrazioni, e fecero cessare la perdita.

3.ª Serie. — Tre casi di emorragia sintomatica di tumore all'utero.

In due donne ammalate per corpi fibrosi dell'utero, l'emorragia fu sempre arrestata coll'iniezione, nonostante, riapparve dopo alcune ore, o giorni.

Nell'insieme l'acqua calda manifesta soprattutto il suo potere emostatico nel caso di metrorragia per atonia della matrice, e non ha che degli effetti incerti, o passeggeri quando la perdita è sintomatica di ritenzione di placenta, o di tumore uterino.

Il metodo delle injezioni di acqua calda è non solo uguale in potenza agli altri mezzi comuni, ma è ancora superiore per la sua innocuità, e la prontezza dei suoi effetti. Sicuramente va innanzi alle applicazioni di ghiaccio.

Per i suoi effetti stimolanti, vivificanti, l'acqua calda rianima le infelici donne dissanguate, le riscalda, cose che aggiunte al suo potere emostatico, ne fa un rimedio prezioso in tutte le emorragie per atonia della matrice, e preferibile ad altri mezzi che non sono emostatici.

Generalmente è bene sopportata è difficile che le malate si lamentino di sensazione di bruciore, a meno che non vi sieno delle lacerazioni, oppure che l'acqua si versi sul peritoneo, od in altre regioni. Però alcune volte siamo costretti ad abbassare la temperatura dell'injezione a 38° R.

Si può sostituire l'acqua comune con una soluzione d'acido fenico.

L'azione dell'acqua calda sulla matrice è speciale, senza dubbio quest'organo diviene più piccolo, e più duro, ma non arriva mai a quel grado di rigidità che si osserva immediatamente dopo il parto: resta sempre più molle, e più sviluppato.

Nuovo stromento per arrestare la metrorragia dopo il parto; del dott. Cristie. (*Imparziale*, n. 15).

L'Autore presentò alla Società Medica di Glascovia il suo stromento per arrestare le emorragie dopo il parto. È questo un pallone di caoutchouc, che s'introduce nel corpo dell'utero, dopo averlo cosparso di glicerina nella sua superficie esterna: indi si distendono le sue pareti iniettando all'interno dell'acqua col mezzo d'una sciringa. La pressione esercitata sui vasi sanguigni dell'utero per la distensione del globo di caoutchouc arresta tosto l'emorragia. Il tubo che sta unito al pallone è si lungo da potersi mettere in un recipiente pieno per metà d'acqua, e situato in vicinanza al letto dell'ammalata. Quando l'utero si contrae spinge l'acqua nel recipiente, di cui il livello aumenta in proporzione. Se la contrazione cessa, e ricomparisce l'inerzia, l'acqua rientra nel pallone per la nota legge fisica del sifone, il livello del liquido contenuto nel recipiente si abbassa, e l'emorragia non si riproduce. L'inventore ha ottenuto molti trionfi, non solo nelle emorragie dopo il parto, ma anche nei casi d'inserzione anormale della placenta.

Injezioni intrauterine di segale nelle emorragie dopo il parto; del dott. Ashe. (*Province Medic.*).

L'Autore chiama l'attenzione dei suoi colleghi sopra una pratica che egli usa da dodici anni. Si tratta d'injezioni intrauterine di segale fatte nel modo seguente: si tolgono i coaguli, poi con una siringa da idrocele si sbarazza l'utero dal sangue che contiene mediante injezioni d'acqua fredda, e si injetta fortemente una soluzione di estratto liquido di segale di Squibb nell'acqua (16 gr. di estratto per 150 di acqua). L'effetto invariabile è quello di provare immediatamente una contrazione tonica violenta, continua delle fibre muscolari dell'utero. Questo trattamento ha sempre riuscito nelle mani del dott Ashe, ed il dott. Strudwich lo impiegò con successo in sei casi di emorragia.

Ashe insiste sulla superiorità di questo trattamento in confronto alle injezioni di percloruro di ferro, che sono sovente seguite da accidenti gravi, ed alle quali non si ricorse mai senza vive apprensioni, mentre che la segale non è dolorosa, nè irritante.

Ricerche sull' influenza che esercita la temperatura progressiva d'una donna incinta sulla vita del feto; del dottor RUNGE. (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1878).

L' influenza dannosa che esercita sulla gravidanza una temperatura che si eleva progressivamente, fu già clinicamente riconosciuta, soprattutto dopo i lavori di Kaminsky.

Teoricamente è provato che se la madre ha febbre, il movimento febbrile del feto deve marcare ancora qualche grado di più: dunque allorquando la temperatura materna è troppo elevata la morte del feto è inevitabile, quand'anco la madre non morisse. Per dare maggior peso a questa sentenza, l'Autore la sviluppa, e la spiega per via esperimentale. Dei conigli furono posti in luogo caldo onde eseguire a tempo debito l'operazione cesarea: ecco i risultati.

I feti d'una madre morta sotto l'influenza d'un forte calore furono trovati completamente privi di vita.

Parimente tutti i feti (eccetto due che davano ancora segno di vita) si trovarono morti allorchè l'operazione venne eseguita nello stadio convulsivo della madre (pochissimo tempo avanti la morte). Ad una temperatura di 41°,5, e 42°,5, si poterono estrarre ancora dei feti vivi, ma alcuni non davano più alcun segno di vita. Qui la durata dell'alta temperatura era esatta. In pratica queste esperienze hanno un valore, ed un' importanza incontestabile, potendosi pronosticare la morte del feto, se la temperatura nella madre è elevata, e continua. Appartiene ai pratici lo studiare bene questo soggetto, il campo è vasto: esplorando convenientemente non si mancherà certo di trovare dei buoni metodi antifebbrili. In riassunto, i risultati sperimentali sono perfettamente in rapporto coi fatti clinici pubblicati da Kaminsky.

Quanto alla questione dell'operazione cesarea, se si fa dopo morte, e se il soggetto è morto da febbre, si devono trovare costantemente dei feti morti. Per salvarli, quando ancora si possa, è da eseguirsi l'operazione allorchè la febbricitante è ancora in agonia.

The relation of the urinary organs the puerperal diseases. (*Relazione degli organi orinarii colle malattie puerperali*); del dott. CHAMBERLAIN. (*American Journ. of Obstetrics.*, 1877).

Gli organi orinarii sono quasi costantemente lesi nelle affezioni puerperali a terminazione fatale, talvolta pure in un modo più pronunciato degli organi genitali. Tale è la convinzione dell' Autore dedotta dallo spoglio delle statistiche dell'Ospitale de la Charité di New-York e dall'osservazione esatta dei fatti.

Pure nell'uomo, e nella donna non incinta, possono determinarsi affezioni acute, rapide, e fatali dei reni, come lo provano due osservazioni di Murchison, ed una di Kaltenback, riferite dall'Autore per le malattie, e le lesioni degli organi genitali superficiali, grazie alla continuità della membrana mucosa, che tappezza le vie orinarie e genitali, od il rivestimento del tessuto congiuntivale che li circonda. A più forte ragione le

contusioni, e le lacerazioni inevitabili nel parto possono più rapidamente, e più frequentemente indurre delle affezioni acute dei reni nella donna durante lo stato puerperale.

Nella gravidanza sono le alterazioni del sangue quelle che predominano. In questo periodo infatti esiste nel sangue materno un' insufficienza di ossigene, che si manifesta per l' idremia, l'iperinosi, e l'oligoeritroemia, a diminuzione dell'emoglobulina, e risulta dalla diminuzione di capacità della cavità toracica, dal riposo, dal soggiorno in stanza, e sopratutto dall'accrescimento di ossigene reclamato dalla placenta per fornire al sangue fetale. A tale insufficienza di ossigeno è dovuta la tendenza che hanno gli elementi carbonizzati, che si trovano nella circolazione, e nei tessuti a subire la degenerazione grassa, tendenza che è ancora accresciuta in certi organi, come nei reni, ad esempio, per l' edema di cui questi organi possono divenire la sede, in seguito dell' idremia.

Inoltre l'utero gravido può comprimere le vene emulgenti: noi avremo allora un cumulo di effetti il cui risultato definitivo sarà l' iperemia venosa dei corpuscoli di Malpighi, la distensione, e la stasi capillare lo spandimento di siero sanguigno, e della fibrina nel tessuto interlobulare, e nei tubuli stessi, la coagulazione della fibrina in questi tubuli, in modo a dare origine a dei cilindri che saranno ialini, epiteliali, granulosi, o grossi secondochè saranno più o meno recenti. Che ora si manifesti la minima traccia d' irritazione periferica, d'avvelenamento settico, o specifico si dichiara allora una fulminante eclampsia, a meno che la natura non metta fine a questo stato di cose per un parto prematuro, e non sbarazzi l'economia per una febbre uremica escretoria. All'appoggio di queste asserzioni l'Autore riferisce quattro casi di donne morte in seguito ad alterazioni del sangue nella gravidanza, e nelle quali si trovò all'autopsia della degenerazione grassa, o dell'edema in diversi organi, reni, fegato, cuore, intestino crasso, ma più particolarmente della degenerazione grassa dei reni, senza che vi abbia avuto lesione degli organi genitali :

Le lesioni che possono determinarsi negli organi genitali per il parto sono:

Una congestione marcata, ma soventi passeggiera dei reni, risultato dello sforzo considerevole, e della pressione che è al suo maximum a questo momento, esercitata dall'utero sulle vene emulgenti;

Diversi accidenti da parte dell'uretra, e della vescica, dal catarro sino allo sfacelo, provocata dalla contusione, e dallo stiramento delle pareti della vagina, al momento del passaggio della testa;

La paralisi della vescica, ma assai di rado;

Della cistite consecutivamente alla trasformazione alcalina delle porzioni d'orina ritenute nella vescica in seguito alla compressione dell'organo per la testa del feto; la cistite può ancora essere provocata dall' infiammazione peri-uterina che si propaga al tessuto cellulare pericistico, e risentita dall'organo intiero. La sciringa stessa, non prendendo

le necessarie precauzioni, può trasportare nella vescica delle materie infeziose, provenienti dai lochi, o da secrezioni vaginali, da pus proveniente da lacerazioni della vagina, dall'aria carica di spore parassitiche, e determinare una cistite resipelacea, o difterica.

L'ostruzione degli ureteri ha gran peso nella patologia puerperale. Al momento del parto quella può essere dovuta all'occlusione degli orifici vescicali pel gonfiamento della tunica muscolare, e mucosa della vescica inflammata, od alla compressione esercitata sul tragitto di questi condotti, sia per una cellulite, sia per una linfangite diffusa. Qualche giorno dopo il parto, può ancora agire quest'ultima causa: talvolta sono i condotti stessi che si infiammano consecutivamente all'inflammazione delle parti vicine, o del peritoneo che li ricopre, e si ostruiscono in seguito a tumidezza della loro mucosa; altre volte infine è l'utero che viene a comprimerli, allorquando una causa qualunque, fisiologica, o morbosa viene a sospendere lo stato di contrazione nel quale si trova, al momento del graduato ritorno alle dimensioni normali, e rende le sue pareti rilasciate, in modo da permettere loro di appoggiare sulla parete posteriore dell'addome. Qualunque sia la causa, l'effetto di questa ostruzione è di portare un edema acuto dei reni, che tende ad una degenerazione rapida della sostanza tubulare, ed intertubulare. Queste ultime lesioni sono determinate ancora dalla linfangite diffusa, che accompagna ordinariamente i processi settici, in seguito della distruzione rapida dell'emoglobina, mentre che l'endometrite ulcerativa, la metroflebite suppurativa, e la cellulite, che tendono verso la piemia, assai soventi producono la metrite suppurativa metastatica.

D'altra parte le affezioni renali, o piuttosto l'uremia che ne è talvolta la conseguenza, può provocare la peritonite come l'Autore ne ebbe esempii, e come sembrano stabilirle le esperienze di Zalesky. Questo osservatore avendo legato gli ureteri d'un certo numero di animali, alla loro entrata nella vescica, li vide morire prontamente nel coma uremico, e trovò sul loro peritoneo, e sulla pleura una sostanza giallastra, che poteva levarsi col raschiamento, e che consisteva in sali di urea. Ora in un caso osservato dall'Autore, questi vide una sostanza analoga sul peritoneo d'una donna morta in puerperio; con una cistite che portò l'occlusione degli ureteri; vi avevano inoltre segni d'infiammazione di questa membrana come della pleura.

On the simultaneous entrance of both heads of twins into the pelvis. (*Dell'entrata simultanea di due teste di gemelli* (*nel piccolo bacino*); del dott. Reimann. (*Americ. Journ. of Obstetr.* New-York, 1877).

Il dott. Reimann raccolse 43 casi di simile distocia, dall'analisi dei quali dedusse i fatti seguenti.

Per vero dire, due teste di gemelli non possono penetrare simultaneamente nel piccolo bacino, non vi sarebbe posto per esse, ma è sopratutto quando il primo feto si presenta per le natiche, ed il secondo per la sommità che si osserva più frequentemente simil caso

(35 volte sopra 43). È in questo caso infatti, che la testa del secondo feto può passare il distretto superiore, nello stesso tempo che il collo del primo, dimodochè questo si trova arrestato per l' incontro delle due teste, ordinariamente al momento in cui le sue spalle si mostrano fuori della vulva (in 3 casi soltanto sopra 35, l'arresto ebbe luogo allorquando il primo feto non era sortito che fino all'ombelico). Allora in seguito a questa specie d' incastro, assai facilitato allorquando le due faccie sono rivolte l'una verso l'altra, e che in tale caso si fa per lo più pel mento, il primo bambino non può più avvanzare, nè il secondo retrocedere. È poi a notarsi, che non sono mai i traimenti forzati esercitati sul primo feto, che condussero questo incastro, bensì avvenne mediante l' espulsione naturale. Questo accidente può ancora mostrarsi, quantunque assai meno frequentemente (8 volte su 43), allorquando vi ha presentazione delle due sommità. Esso viene allora favorito dalle grandi dimensioni del bacino, e si fa pel meccanismo seguente: una testa avendo già penetrato nell'escavazione, la seconda è forzata attraverso il distretto superiore nello stesso tempo che il collo del primo, in modo di venire ad inchiodarsi nel piccolo bacino, comprimendo questo collo Il risultato è lo stesso del caso antecedente; i due feti sono immobilizzati. Vedesi dunque da quanto precede che questa causa di distocia, non può sopravvenire che allorquando il secondo feto si presenta per la sommità, il primo presentandosi per la sommità, o per le natiche, e che sia suscettibile sopratutto di mostrarsi in quest'ultima circostanza, ciò che si spiega pel fatto che la testa del primo feto voluminosa, e meno compressibile che il suo corpo, offre un maggiore ostacolo al riascendere della testa del secondo, allorchè questa tende ad inchiodarsi. È uno dei più grandi danni, che possano minacciare la vita dei feti nelle gravidanze gemellari, poichè in 43 casi citati non nacquero vivi che nella proporzione del 30 per 100: è inoltre probabile che molti fra essi muojano qualche tempo dopo la nascita in seguito a lesioni subite durante il travaglio. La mortalità prevale nei feti discesi pei primi nell'escavazione; la proporzione di questi ultimi nati vivi, in 43 casi non è che di 5 per 100. La compressione del cordone, e nei casi di presentazioue delle due sommità, quella del collo, spiegano sufficientemente la loro morte presso a poco costante. Il secondo feto è meno esposto, ma perde la vita in poco più d'un terzo dei casi, sia in seguito della compressione del suo collo, sia in conseguenza delle operazioni necessarie. Per la madre non vi ha in generale più pericolo che nei parti ordinarii. Una cosa è da notarsi che il numero delle primipare fu doppio di quello delle multipare.

Tale accidente non può nè prevedersi, nè impedirsi, a meno che non siasi riusciti a sentire alternativamente le natiche d'un gemello, poi il capo dell'altro ancora al disopra del distretto superiore, come ciò è avvenuto in un solo dei casi citati. Sarebbe allora indicato di rompere le membrane del feto che si presenta pel capo; in tal modo si impedi-

rebbe alle natiche dell'altro di penetrare nel bacino, evitandosi così l'incastramento delle due teste.

Disgraziatamente non è dato accorgersi che a male avvenuto, così allorquando sopravviene, senza causa apparente, un arresto nel travaglio, soprattutto allorquando un feto si presenta per le natiche, e già in parte uscito, devesi avere presente questa causa di distocia, e praticare un esame completo, anche con tutta la mano.

Riconosciuto il fatto bisogna agire, non bastando le forze naturali; si applicherà quindi il forcipe sulla seconda testa. È infatti quella che sorte la prima quando si abbandona il parto alle forze della natura, e ciò si concepisce se riflettasi, che la testa del primo feto che si presenta per le natiche forma un cono a base superiore, ed a sommità inferiore, mentre che la testa del secondo forma un cono a base inferiore, ed a sommità superiore, ciò che rende più facile l'estrazione. Questa regola deve seguirsi anche allorquando i due feti si presentano per la sommità, quantunque la disposizione dei coni non sia esattamente la stessa, poichè a parte due eccezioni, del resto le trazioni esercitate sulla prima testa sia col forcipe, sia coll' intermediario del corpo già sortito non hanno mai riuscito, e non fanno che accrescere le difficoltà. Parimente quando bisogna ricorrere alla perforazione del cranio, in seguito all' impossibilità d'applicare il forcipe sulla seconda testa, è su questa che bisogna praticarla sopratutto se il secondo feto è morto. La perforazione della prima testa è infatto assai difficile in seguito alla sua situazione elevata, ed all'ostacolo presentato dalla seconda testa. Così alcuni autori hanno proposto la decapitazione di questa prima testa, ma là ancora esistono numerose difficoltà fra le quali l'ostacolo apposto alla sortita dell'altro feto per la parte rimasta nell'utero, e l'estrazione di questa parte che aggiunge ancora alla lunghezza del travaglio, ed ai danni corsi dalla madre. Non è dunque che quale ultima risorsa che l' Autore accetta questa decapitazione nel caso in cui non si possa applicare il forcipe sulla seconda testa, essendo vivo il secondo feto.

Riguardo al respingere la seconda testa, come fu consigliato. l'Autore la considera impraticabile in seguito all' ostacolo recato dal primo feto: si corre rischio inoltre di determinare una rottura dell'utero.

L'amministrazione della segale è la meno utile di tutti i mezzi proposti; non toglie l'ostacolo meccanico ed accresce i rischi per la madre determinando forti, ed irregolari contrazioni dell'utero.

On the nature and mechanism of the spontaneous Rupture of the uterus in its cervival portion. (*Natura e meccanismo delle rotture spontanee dell'utero nella sua porzione cervicale*); del dottor Macdonald. (*Edimb. med. journ.*, 1877).

L'Autore avendo avuto recentemente occasione d'osservare due casi di rottura dell'utero nella porzione cervicale, ne dedusse le considerazioni seguenti relative alla patogenia di questo accidente.

È noto soprattutto dai lavori di Braun, che il collo dell' utero è ri-

dotto ad un allungamento ed assottigliamento considerevoli. Ne risulta un indebolimento delle sue pareti a questo livello. I due fattori di tale allungamento sono d'una parte, la potenza colla quale l'utero si contrae sul suo contenuto; dall'altra, la forza colla quale si ritrae sopra il contenuto stesso.

Nelle condizioni fisiologiche vi ha parità, e parallelismo tra la dilatazione del canale cervicale, ed il progredire della testa del feto.

Ma se l'orificio esterno del collo non è dilatato in proporzione del resto della cavità cervicale, ovvero se la retrazione di questo orificio sulla testa del feto è impedita, allora il collo sottomesso all'azione prolungata della contrazione muscolare dell'utero è suscettibile di distendersi oltre misure.

Tre potenze agiscono in simil caso ad arrecare la rottura; il grado di restringimento del bacino, la forza dei legamenti, rotondi: e larghi, infine la tensione dei muscoli addominali.

Un bacino assai ristretto può permettere l'abbassamento del collo, ed il suo inchiodamento fra la testa, e la parete ossea; dei legamenti uterini troppo deboli per impedire la retrazione del collo all'indietro, costituiscono circostanze predisponenti in favore della rottura.

In tal modo i fattori di quest'accidente sono: 1.° Il rilasciamento dei legamenti uterini. 2.° La debolezza della contrazione muscolare addominale, incapace di trionfare dell'ostacolo al passaggio della testa del feto.

Tale ostacolo poi doversi a varie cause. La principale è una deformazione del bacino; poi la rigidità dell'orificio esterno del collo, infine l'obbliquità dell'utero, che mantiene pressioni ineguali sulla cavità cervicale. Quest'ultima condizione si riscontra sopratutto nella presentazione della spalla.

Nella più parte dei casi di distensione esagerata del collo, si può prevedere la rottura prossima per mezzo di questo segno fisico. Il dito sente molto più dell'ordinario l'estremità inferiore del collo, che sembra duro e rigido: al contrario nell'intervallo d'un dolore, quando la testa rimonta il collo è assai sottile. La rottura si fa sempre trasversalmente in questo punto. La lunga durata del travaglio non gode che una parte ben secondaria, al contrario dell'opinione generale.

Case of hydrorrhaea; del dott. Collin Mackenzie. (*Amer. Journ. of Obstet.* 1877).

Questo caso è interessante perchè sopravvenne l'idrorrea non solo nei parti ma pure nell'intervallo di ciascun' epoca mestruale.

Rosa S. d'anni 31, ebbe due parti normali, restò incinta per la terza volta, sei mesi dopo essere stata operata da un fibroma sottoparietale. Durante i 3 primi mesi della gravidanza le sopravvenne, ad intervalli vicini, uno scolo per la vagina d'un liquido semi-trasparente, d'abbondanza varia, ma soventi eccessivo. Malgrado ciò la salute l'ebbe eccellente. Questo scolo persistette per tutto il tempo di gravidanza, in modo assai irregolare: cessando e ritornando alternativamente e crescendo poi

sempre per qualunque azione necessitasse movimento del corpo; come defecazione, starnuto, ecc.

Al parto ogni dolore è accompagnato da uno scolo abbondante di acqua: l'utero nullameno si contrae bene, ed il travaglio riesce normale: non si ebbe che poco liquido amniotico. La placenta era normale, qualora si eccettui un po' di tessuto grasso alla periferia. Questo scolo di pura acqua continuò in molta abbondanza sino al mattino del 3° giorno; quindi fu sostituito da lochi ordinarii fino al 13, epoca nella quale ricomparve per qualche ora, per scomparire di nuovo, poi ritornare in grande abbondanza alla 5ª settimana dopo il parto, nello stesso tempo che si aggiungeva irritazione al collo della vescica, un prolasso parziale dell'utero, ed uno scolo muco purulento abbondante. Si rinnovò ancora per tre giorni, però in quantità minore, poi cessò intieramente per qualche mese.

Lo scolo riapparve in piccola quantità qualche giorno avanti il ritorno delle regole. Queste ebbero luogo due mesi dopo che la donna avesse cessato d'allattare: l'idrorrea si arrestò alla loro comparsa per mostrarsi di nuovo al loro cessare per 6 o 7 giorni: finì allora per non avere più luogo che alle epoche menstruali susseguenti.

L'anno successivo nuova gravidanza accompagnata dagli stessi fenomeni dell'antecedente: però in meno abbondanza, e frequenza · parto di una bambina dopo un travaglio naturale e facile; nulla d'anormale sulla placenta. I locchi presero il loro corso ordinario; lo scolo acqueo non comparve più.

L'Autore terminando pone la questione della natura di quest'affezione. Egli credeva dapprima che questo liquido provenisse dalla vescica, ma un esame più attento dell'organo e del liquido mostrò l'erroneità. Si potea credere ad un idrometra ascitica di Braun (raccolta liquida fra il corion, e le pareti uterine) ma la persistenza, e lo scolo all'epoca delle regole si oppose a questa opinione: di più l'esame della placenta non lasciava vedere alcuna separazione fra l'amnios, ed il corion, e permetteva di concludere in modo positivo, che non era liquido amniotico. L'Autore si appoggia adunque all'idea che è un' idrarrea, che Barnes crede risultare dell'ipertrofia delle ghiandole della mucosa uterina, sopratutto allorquando essa sopravviene nei primi tempi di gravidanza.

Fall von Selbstentwickelung mit lebender Frucht bei gleichzeitig vorhandener Colpohiperplasis cystica. (*Evoluzione spontanea con feto vivo e coesistenza d'iperplasia cistica della vagina*); del dott. Wil. Jaksch. (*Wochenscrif.* 1877).

Si tratta d'un caso di evoluzione spontanea seguito da parte d'un feto vivo: quest'esito felice così raro — sarebbe l' undecimo caso conosciuto — ebbe luogo in una donna di 27 anni, e che trovasi alla sua 12.ª gravidenza. Dopo lo scolo del liquido amniotico, l'esplorazione fece sentire la presentazione del capo: ma 6 ore dopo una spalla s'era abbassata; 4 ore più tardi l'evoluzione avea luogo attorno a que-

sta spalla. Tale osservazione perde però del suo interesse pel fatto che la bambina non pesava che 1,430 grammi; ella morì al nono giorno.

La vagina della madre presentava delle cisti follicolari sopratutto nella parete posteriore, dalle quali si avea col dito una crepitazione sulla quale l'Autore insiste, e che paragona a quella dell'enfisema sottocutaneo.

Del trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza mediante la dilatazione del collo: del dott. A. Murillo. (*Revista med. de Chili*, 1878).

È nota la cura proposta da Copeman, che consiste nella dilatazione parziale dell'orificio esterno del collo dell'utero. Un nuovo successo si ebbe dal dott. Murillo. Trattasi d'una donna di 22 anni, che fu presa da vomiti incoercibili verso il terzo mese di gestazione. Ella era assai indebolita allorchè fu ammessa alla Maternità di Santiago: il polso era frequente, e piccolo, la pelle secca e calda, lo stomaco non poteva ritenere alcun alimento.

Dopo avere tentato inutilmente tutte le cure abitualmente usate, l'Autore si decise a praticare la dilatazione del collo consigliata da Copeman avanti di provocare l'aborto. Egli introdusse il dito nel canale cervicale fino a livello dell'orificio interno, e lo mantenne per due minuti: amministrò in seguito all'ammalata del ghiaccio, e dei clisteri con pepsina ed acido cloridrico. Si produsse legger miglioramento, e lo stomaco potè conservare qualche alimento. La stessa manovra fu rinnovata quattro volte a due giorni d'intervallo. Al termine di quindici giorni il miglioramento era notevole, e l'ammalata potè digerire i suoi alimenti, ed arrivare senza altre complicazioni al termine di sua gravidanza.

Trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza mediante la polverizzazione di etere; del dott. Dujardin Beaumetz. (*Annales de Gynaecologie*, 1878).

Una giovine donna al secondo mese di sua gravidanza, era affetta da vomiti incoercibili che non gli permettevano di prendere alimento solido, o liquido. Dopo aver tentato tuti i rimedii proposti, usò una medicatura assai semplice consigliato dal dott. Lubelski, cioè la polverizzazione di etere sulla regione dello stomaco.

Dujardin Beaumetz procedette nel modo seguente: immediatamente avanti il pasto, fece, per cinque minuti, coll'apparecchio di Richardson, delle polverizzazioni di etere nel mezzo della regione dorsale, ed a livello dello stomaco. I vomiti cessarono quasi tosto: il trattamento fu sospeso al termine di otto giorni, i vomiti scomparvero per non più ritornare.

Duhomme ottenne molte volte eccellenti effetti colla pepsina, cita il caso d'una sua cliente che partorì al 7° mese in seguito a vomiti incoercibili; ed in una seconda gravidanaa accompagnata da vomiti che presentavano gli stessi caratteri, si ordinò la pepsina: la guarigione fu abbastanza rapida e la donna partorì a termine.

Dujardin Beaumetz impiegò tutte le sostanze indicate in simil caso e

perfino il creosoto, ma senza ottenerne buoni risultati; i vomiti erano tali che l'ammalata non poteva levarsi nè assorbire alcun alimento.

Vidal ottenne buon frutto coi clisteri di cloralio, le pozioni col cloralio non parvero modificare per nulla il decorso dei vomiti.

Trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza; del dott. Marion Sims. (*The Lancet*).

Una signora di 22 anni, maritata a 16, dopo un primo parto felice, fu presa nelle tre altre gravidanze successive da vomiti indomabili che condussero l'aborto. Incinta per la quinta volta, e tormentata dagli stessi accidenti, consulta Marion Sims, il quale dopo molti tentativi infruttuosi, vedendo l'imminenza dell'aborto, e sembrando compromessa l'esistenza dell'ammalata, procede all'esplorazione diretta. Egli trova un'antiflessione destra, le due labbra del muso di tinca granulosa e coperte da abbondante secrezione leucorroica. Egli tocca il collo con una soluzione di 2 grammi di nitrato d'argento in 20 grammi d'acqua, e sospende ogni altra medicazione. L'indomani l'ammalata era come trasfigurata; essa avea preso il primo pasto da 15 giorni; più nausea o vomito.

Alcune incomodità dello stesso genere, ma molto più leggeri, essendo ricomparse più tardi, due tocchi coll'acido fenico ne fecero definitivamente giustizia.

Cefalotribo o cranioclaste. (*Lezione ginecologica del congresso medico tedesco*); per Engelmann, Fewmit e Foster. (*American Journal of obstetr.* settembre 1877).

Credé di Lipsia senza voler diminuire il valore del cranioclaste, deve però affermare che nella sua pratica il cefalotribo fu per lui un aiuto più sicuro, e più facile del cranioclaste: il primo gli permise di vincere facilmente delle difficoltà nelle quali il secondo era stato impotente. Per lui le critiche che Wiener, e Fritsch hanno fatto del cefalotribo non possono tenersi avanti i fatti della sua esperienza. Colla esperienza di altri pratici ribatte pure le obbiezioni teoriche di questi due autori. A Praga si adottò la cefalotrisia; a Vienna il cranioclaste; a Berlino si sceglie fra i due metodi.

Credé si serve del cefalotribo di Busch, che è lungo, sottile, ma però potente, fatto di acciajo duro, ma però capace di schiacciare la testa la più resistente. La sua curva cefalica è poco accusata, la pelvica pronunciata. È secondo Credé, il più breve e più leggero stromento che possa rendere dei buoni servigi. Per la cranioclasia impiegò da principio il cranioclaste di Simpson; poi addottò quello di Braun, che dà più forza nella compressione, e nella trazione.

Il Credé dopo avere dettagliatamente descritto il modo di eseguire la cefalotrisia, conclude che « il cefalotribo è uno stromento di compressione, di un'applicazione facile e senza danno, utile pure nei casi difficili. Se esso è ben fatto, e maneggiato da mani abili, può pure servire come trattore! ma essa deve servire piuttosto a guidare la testa, che ad estrarla con forza. L'uso del cranioclaste è più limitato. Nei casi difficili non serve

a comprimere la testa, ma la prende solidamente, e poi l'estrae; è dunque un estrattore. Questi due stromenti si completano l'un l'altro. Nei casi di estrema difficoltà il primo può essere impiegato per schiacciare la testa, l'altro per allungarla ed estrarla. »

Nella discussione, lo Spiegelberg, parla assai in favore della cranioclasia, e cita uno stromento impiegato dal Winckel avanti che il Simpson abbia fatto il suo cranioclaste.

Il Winckel risponde che questo fatto data dal 1859. Egli fu chiamato con suo padre per un parto difficile in causa di bacino osteomalacico. Il cefalotribo avendo molte volte ceduto, Winckel applicò la pinzetta di Mesnard, e potè estrarre la testa. Egli fece allora costruire degli stromenti più potenti. Da due anni egli non si serve che del cranioclaste. Ecco per lui le questioni che solleva tale soggetto:

1° Il cranioclaste permette di estrarre una testa attraverso un bacino assai ristretto?

2° Comprime essa la base del cranio?

3° Come si possono evitare le lacerazioni prodotte dallo stromento?

Il Winckel risolve le due prime questioni con una affermazione positiva. Nelle sue esperienze sopra feti morti recentemente, ha potuto nello spazio di 15 secondi a 3 minuti allungare le teste, e far loro dei bacini da 5 a 6, centimetri. Egli non ha ancora preso un partito fra i due stromenti, ma sopra 15 casi di cranioclasia trovasi inclinato ad essere partigiano di quest'ultima operazione.

Della decapitazione nel feto in certi casi di versione impossibile; del dott. Kibn. (*Gazz. med. de Strasbourg*, luglio 1878).

L'Autore parla alla Società di medicina dei casi in cui il feto presentandosi trasversalmente in donna a bacino bene conformato, la matrice è talmente retratta sopra sè stessa, che riesce infruttuoso ogni sforzo di versione.

In questi casi il cloroformio, dato alla risoluzione completa, rende talvolta all'utero la sua mollezza da permettere il rivolgimento: così avvenne in qualche caso all'Autore: ma se il cloroformio non permette il rivolgimento cosa conviene fare? Insistere negli sforzi, ed usare la violenza? Questo no: ma il caso può differire, secondo che il feto è in vita, oppure è morto.

Se esso è vivo conviene pazientare finchè nulla avvi a temere da parte della donna: quindi ritornare all'anestesia per riprendere i tentativi: e poscia si può ancora pazientare, fino a che il feto abbia cessato di vivere, il che non può attendersi lungamente.

Il feto morto, bisogna dividerlo, e ritirarlo a pezzi. La detroncazione corrisponde meglio a questa indicazione: il tronco sorte facilmente per semplici trazioni sulla spalla, o sul braccio procidente, e la testa viene estratta dopo.

Quest'operazione praticata cogli strumenti ordinarii (forbici, ed un-

cino acuto di Davis o di Levret) che erano avanti gli ultimi quindici anni presso a poco universalmente usati non cessa d' essere difficile, e laboriosa.

Talvolta pure quando si vuole raggiungere il collo si è obbligati di seguire un metodo ancora più complicato; si fa precedere la brachiotomia per farsi spazio, poi si riduce il volume del feto per l'eviscerazione, ed infine si giunge ad estrarre il feto per la versione sui piedi, o ripiegato in due. Tutto questo oltre ad essere lungo, è pure dannoso per gli organi materni, e per l'operatore.

Processi nuovi, semplificando tutto il manuale operatorio, vennero immaginati in questi ultimi tempi, ed oggi è senza dubbio raro che l'ostetrico sia obbligato d'arrivare a questi estremi delle lacerazioni multiple.

È al prof. Braun di Vienna, come è noto, che devesi l'invenzione di uno stromento particolare (Schlüsselhaken), il quale permetta d' uncinare e dividere il collo del feto in qualche minuto, senza pericolo di ferire gli organi materni. Dall'introduzione nella pratica di questo prezioso stromento, altri stromenti analoghi si inventarono in Germania, ed in Francia (uncino di Stiebel, uncino rachiotomo di Jacquemier), ma quello di Braun resta sempre il più facile ed il più semplice.

Nei casi in cui non riescisse l'uncino, od in causa della troppa elevatezza del collo od un restringimento considerevole; esiste un altro processo di sezionare il feto: che è quello di portare una cordicina intorno al collo del feto, distaccandolo con un movimento di sega: metodo già usato da circa 12 anni: ma siccome potrebbe rompersi, allorquando si incontra un disco vertebrale, è bene munirsi pure d'un rachiotomo. Gli stromenti che servono a condurre il filo sono numerosi.

Il modo di procedere del prof. Pajot, è la più semplice di tutti, e ad esso, i pratici dovrebbero dare la preferenza. Nel 1870 era stato impiegato il suo processo da lui, e da altri sul vivo con successo completo. Grazie a questi mezzi non si troverà costretto l' ostetrico che eccezionalmente a dividere il feto con stromenti taglienti.

L' Autore quindi esposto un caso a lui occorso: di presentazione di superficie, con impossibile rivolgimento, ad onta dell'anestesia, e nel quale il parto solo si ottenne mediante la decapitazione del feto coll' uncino del Braun, ne deduce:

Che vi sono dei casi di presentazione trasversale con iscolo prematuro delle acque in cui si trovano le più gravi difficoltà, se non una impossibilità assoluta di fare la versione. Tali difficoltà sono senza dubbio in ragione del tempo che si è passato dal momento in cui le acque sono scolate, e dall' uscita più o meno completa delle medesime: poichè il grado di retrazione subìto dalla matrice vi è proporzionale.

D'altra parte il cloroformio che nei casi ordinarii, in cui le acque sono sortite da poco, sospende sì bene gli spasmi, e rende alla matrice una mollezza che la versione diviene quasi un giuoco, dà più soventi un

feto vivo, il cloroformio nel caso che ci occupa non fa che assopire la matrice abbastanza da permettere l'introduzione della mano, e rendere senza danno i tentativi di versione.

Infine si vede che nel caso di essere obbligati allo schiacciamento del feto, non si deve paventare, avendo oggi a nostra disposizione degli stromenti, e dei mezzi che permettono ad ogni ostetrico, quantunque poco esercitato, di eseguirlo, senza esporre gli organi della madre: visto l'impossibilità della versione, pei tentativi eseguiti sotto l'anestesia cloroformica, non si deve esitare nel ricorrere all' uncino di Braun. Tale pratica generalmente praticata in Germania, comincia ad essere pure addottata in Francia: e fra i gravi accidenti che previene, evvi pure la lacerazione dell'utero.

Ricerche intorno la causalità del soffio utero-placentale e nuove osservazioni confermative l'utile dell'ascoltazione intravaginale; del dottor cav. FERDINANDO VERARDINI. (Venezia 1878. — Dal *Giornale Veneto di scienze mediche*).

Ricordato l'Autore che il soffio utero-placentale è segno molto probabile di gravidanza, e che unita ad altri dati facilita la diagnosi della medesima, dimostra la dominante incertezza sulla conoscenza della causa la quale produce il fenomeno di cui sta occupandosi; incertezza che pure fu palese nella discussione avvenuta in seno all'Ill. Accademia di medicina di Parigi; per cui viste le discrepanti opinioni trova la necessità di accennare ancora alle cose già da lui dette sull' ascoltazione intravaginale: e siccome nei 7 anni decorsi dalla sua prima communicazione, le prove nelle mani dell'Autore si accrebbero tanto, come in quelle di illustri colleghi. Egli non teme d'affermare adesso che il soffio utero-placentale, udito colla stetoscopia intra-uterina è un segno di quasi assoluta certezza diagnostica per dichiarare i primi periodi della gravidanza, per sceverarla da uno stato morboso, ovvero per far conoscere se con questo fosse complicata. Quindi con altri casi clinici, trascelti fra i moltissimi che potrebbe addurre, comprova le sue opinioni, in modo chiaro e luminoso, e ne riepiloga i suoi ultimi pensamenti nei seguenti capi:

1° L'ascoltazione esterna, o la sopra-addominale è molto incerta, ed anche allorquando pur si oda per essa il soffio utero-placentare, questo contrassegno non vale a prova sicura di gravidanza;

2° Per lo contrario il rumore di soffio utero-placentare udito colla stetoscopia intra-vaginale è un dato di sommo pregio, impareggiabile per diagnosticare la gravidanza, e nei suoi primi periodi, anche se udito da solo, e pure se alcune particolari circostanze sembrassero contraddirne la diagnosi: è priva poi d'inconvenienti, e non avversato dalle donne;

3° Il soffio medesimo, ed udito per quella via, qualora fosse molto più intenso dell'usato, potrebbe forse accennare allo svolgimento di una gravidanza gemellare;

4° Però il soffio utero-placentare sentito a gravidanza molto avanzata

ovvero nei suoi ultimi periodi, colla stetoscopia interna, riconferma accennare quasi sempre al fatto di placenta previa;

5° La causalità del rumore di soffio utero-placentare udito sia esternamente che internamente, credo derivi dal passaggio del sangue dai piccoli, e tortuosi vasi o delle lacune che formano la placenta: d'onde la ragione d'udirsi coll'ascoltazione interna il soffio anche nei primi periodi della gravidanza;

6° Questa opinione ritengo d'averla oggi, innanzi d'ogni altro, appoggiata saldamente alla fisica, all'anatomia normale e patologica, alla clinica e massime all'istologia;

7° Quel rumore di soffio che taluno ha udito anche dopo l'espulsione del feto e della placenta, per essere affatto diverso dal vero e comune soffio utero-placentare delle gravide, mi sembra non provare abbastanza in favore di chi ripone la causalità del soffio medesimo nei soli vasi uterini, oppure nei così chiamati seni (plessi) venosi: in quantochè appunto per essere affatto *diverso ed incostante*, non può derivare di una stessa cagione, nè valere in modo simultaneo a schiarimento d'un fatto invariabile e determinato, senza eccezione alcuna, dal vero soffio utero-placentare: laonde converrà studiare vieppiù da che dipenda;

8° Verificandosi l'udizione mediante la stetoscopia interna del vero e comune soffio utero-placentare su donne manifestamente in condizioni patologiche, quali ad esempio, affette da tumori entro-addominali di varia natura, da cisti ovariche, ecc., non per questo si deve escludere la gravidanza, ma ritenersi invece che essa può avere preceduto, essere avvenuto dopo, oppure essersi svolta quasi contemporaneamente alle malattie medesime.

Per lo che ne emerge l'assoluta necessità, prima d'accingersi a gravi, e pericolose operazioni, di praticare l'ascoltazione entro-vaginale al fine di regolarsi a maniera di evitare scandalose e terribili conseguenze.

RIVISTA DI ODONTOJATRIA

del dott. M. L. FARAONI.

Giornale di Corrispond. dei dentisti — *Dell'estrazione dei denti.*

Finlayson — *Sui pretesi pericoli dell' odontiasi e sul taglio della gengiva.*

Campbell — *Sordità guarita coll'estrazione dei denti.*

Magitot — *Casi di periostite alveolo-dentaria trattata colla resezione e consecutiva ripiantazione dei denti.*

Rabatz — *Trapiantazione e ripiantazione dei denti.*
Kingsley — *Casi di irregolarità dentali.*
Idem — *Cura di irregolarità.*
Idem — *Cause di irregolarità nello sviluppo dei denti.*
Mantegazza — *Il terzo molare nelle razze umane.*
Stevart — *Dei mezzi propri ad impedire la carie dentaria.*
Owen — *Sciringa dentale perfezionata.*
Rottenstein — *Dentifrici.*
Maurel — *Dell'azione locale delle sostanze medicinali sui denti.*
Lage — *Carvacrol come antalgico.*
Croumer — *Rimedio contro l'odontalgia.*
Smith — *Goccie antiodontalgiche.*
Pinard — *La gengivite delle donne gravide.*
Panas — *Odontoma.*
Guérard — *Osservazione d'una cisti follicolare del dente di saggezza inferiore.*
Reynaud — *Studio sulle cisti del mascellare inferiore.*

Dell'estrazione dei denti. (*Giorn. Corrisp. dei dentisti*).

Come in chirurgia l'amputazione si ritiene un' onta arrecata all' organismo, così pure può considerarsi l'estrazione dei denti, ritenendosi come l'amputazione l'ultimo mezzo ausigliare per togliere le condizioni patologiche da cui l' individuo è affetto e per evitare almeno maggiori inconvenienti, più gravi dissesti dell' organismo. È di grandissima importanza lo studio della conservazione dei denti, ma non è meno importante quello della loro estrazione, quando fallisca ogni altro mezzo atto alla loro conservazione. Il soggetto dell'estrazione dei denti fu già esaurito dal sig. Tomes nella sua opera: « Dental Physiology and Surgery » sicchè si hanno appena poche parole da aggiungere.

Lo Snell nel suo lavoro sulla « Operations on the Teeth » parla della necessità di avere strumenti, i quali abbiano una forma speciale per l'evulsione di ciascun dente, e descrive tenaglie che si adattano ai grossi molari superiori e inferiori.

Il Tomes all' incontro fece preparare dal sig. Evrard regolari tesi di dentagre che si adattano con esattezza al bisogno d'ogni singolo caso e alla forma dei denti.

Accenneremo in breve il modo d'operare per l'estrazione dei denti di Charles James Fox. — In primo luogo questo professore non abbandona mai la destra del paziente, eccetto quando colla leva estrae il dente inferiore sinistro di saggezza, e talora neppure in questo caso, voltando allora semplicemente il capo del paziente sul lato della sedia. Secondariamente comincia ad operare su ciascun dente, come se fosse positiva la sua rottura, o fosse verosimilmente difficile da estrarre, attenendosi così all'osservazione di Giorgio Durancé che « è meglio il mi-

nuto primo in cui si estrae un dente, che il minuto secondo in cui si rompe ». Una terza regola del citato professore è quella di non « strappare » mai fuori un dente, ma semplicemente di « cavarlo fuori » Una quarta norma additata dallo stesso è di non abbandonar mai coll'occhio il dente, appena si pone la tenaglia, finchè non sia fuori. In quinto luogo, e questa è una regola citata dal Tomes, bisogna far entrare bene in fondo attorno al dente le punte della tenaglia. Da ultimo, aggiunge il Fox, si muove sempre all'indentro e all'infuori il dente, finchè l'istrumento l'abbia esattamente abbracciato. I denti grossi e piccoli molari inferiori di sinistra si estraggono sempre stando a sinistra con tenaglie a forma di becco di astore. Con questo metodo per altro si ottengono, così dice, un movimento debole all'insù e uno troppo forte all'infuori, esercitando una pressione sul bordo alveolare esterno. Questo viene fatto da persone gagliarde, ma si produce un troppo forte dolore, meno prolungato, è vero, ma maggiore di quello che si ha per una lenta evulsione. Questo metodo però adoperato da mano forte, ma poco abile, porta seco spesse volte la rottura del dente. Per altro prima dell'uso del gas esilarante con pieno felice successo il prof. Fox, stando alla destra del paziente, estraeva i sei grossi molari inferiori per mezzo d'una speciale dentagra; così con essa si poteva facilmente seguire il dente coll'occhio. Questo istrumento però può difficilmente adoprarsi in un paziente sotto l'azione del protossido d'azoto, per la presenza dei sugheri o bavaglio, nel qual caso si adopera una tenaglia, che dapprima era destinata per i denti inferiori di saggezza.

Deve essere massima fondamentale quella di *levare* e non *istrappare* il dente; perciò si deve cercare di far vacillare il dente e non determinare una vera pressione in qualsiasi direzione; si preme quindi all'interno verso la parte più forte dell'alveolo per liberare il dente dal margine esterno più debole. Se si tratta dei denti incisivi superiori nel levarli conviene fare un mezzo giro da ogni parte con un debole movimento dall'avanti all'indietro. Nel caso poi d'una corona rotta con tre radici ancora aderenti si preferisce una tenaglia da radici retta larga a branche lunghe e ad articolazione facilmente mobile; si afferra così una radice linguale ed una facciale, evitando ogni traimento finchè sia del tutto staccato il dente nella sua cavità.

Per l'estrazione dei denti di saggezza superiori è molto adatta la dentagra curva del sig. Evrard: se questi denti crescono in largo verso la gota è bene appoggiare una branca della dentagra contro la stessa e far chiudere al paziente la bocca per ottenere il rilasciamento del muscolo buccinatore, senza di che sarebbe difficile giungere al dente. I bicuspidati superiori sono i più fragili e più problematici di tutti i denti; nelle loro radici succede spesso la ossificazione alveolare, per il che bisogna usare grande cautela e smuovere dapprima il dente. Anche i canini sono spesso soggetti allo stesso ostacolo; molto più spesso richiedono una grande attenzione le radici del primo bicuspidato superiore:

quando queste radici sono separate dalla carie, si estrae la radice facciale colla leva e la linguale colla tenaglia; la leva poi si adopera anche pel dente di saggezza inferiore, quando la tenaglia non si possa adoperare. Il Fox preferisce far vacillare un dente di saggezza colla tenaglia e poi lo leva colla tenaglia da radici.

Alcuni sostengono che con un buon maneggio si possa per mezzo della leva estrarre quasi tutte le radici e tutti i denti; ma io sono convinto (così soggiunge il prof. Fox), che con questo metodo si ha un tormento per il paziente affatto inutile: io invece (continua lo stesso autore) ho sempre impiegato uno strumento stretto foggiato a piccola lancia, che faccio scorrere rasente la superficie anteriore del dente verso la sua parte inferiore, facendolo entrare nello spazio esistente fra questo dente e il suo vicino. Così evitando una pressione diretta sul secondo dente molare e facendo un mezzo giro collo strumento, facilmente il dente di saggezza si muove. Talvolta ho estratto un dente di saggezza inferiore sinistro dalla parte destra del paziente, afferrando il dente con una tenaglia da bicuspide inferiore dalla faccia anteriore esterna verso la posteriore interna; così nel caso che la radice avesse una direzione all'indietro, si poteva dare al dente un movimento circolare all'indietro, talchè era facilissimo allontanarlo. Per i denti incisivi, canini e piccoli molari inferiori mi servo sempre delle tenaglie ricurve da radici e sempre dalla parte destra del paziente.

Nell'estrazione dei denti l'occhio deve sempre seguire i movimenti della mano, dello strumento, del dente e delle parti attigue, e non si deve inoltre impiegare troppa forza per non correre rischio di rompere il dente. L'uso del gas esilarante ha introdotto la mania per le estrazioni sollecite coll'intento di eseguire parecchie estrazioni in una sola inalazione di gas; egli è evidente però come non sia conveniente questo modo di procedere pel motivo che si verrebbero a ledere in modo eccessivo le parti circostanti della bocca.

Nell'estrazione dei denti è a notarsi ancora la scelta della posizione del paziente nell'atto dell'estrazione stessa. Prima dell'introduzione del gas esilarante si riteneva che la posizione orizzontale fosse la più favorevole per la inspirazione del cloroformio; « io dal canto mio (così si esprime lo stesso professore), benchè dapprima avessi trovato qualche malagevolezza, feci parecchie estrazioni anche in una sola inalazione sovente ginocchioni a lato del paziente stesso sovra un sofà ».

Questa posizione favorisce la prestezza e facilità con cui i pazienti ritornano in sè e ancora con assenza completa di affanno. Colla inspirazione del protossido d'azoto la positura migliore è quella quasi diritta col capo piegato all'avanti. C'è una differenza assai sensibile fra i casi in cui il capo è piegato all'avanti e i casi in cui esso è curvato all'indietro tanto durante l'inalazione che al momento dell'operazione. Il metodo usato dal Fox sia che si somministri o no il gas, è sempre quello di operare col capo chinato all'innanzi; e questo metodo certa-

mente deve essere il migliore in quanto che, se il capo è chinato all'indietro, ci vuole allora un maggior dispendio di forza, dovendosi rialzare il braccio dell'operatore; questo maggior dispendio di forza poi non può che tornare a danno del paziente.

Inoltre quanto più si piegherà il capo all'indietro tanto più il paziente si farà all'indietro, bisogna quindi incominciare dal minimum; parecchi casi poi che succedono coll'impiego del gas esilarante sono da attribuirsi a motivi meccanici ed evitabili. Uno dei più grandi pericoli nell'estrazione delle radici coll'inspirazione del gas esilarante, chinando all'indietro il capo, si è che le radici possono cadere nella bocca sulla lingua e quindi venire deglutite.

Trattandosi di operare sotto l'inalazione del gas esilarante si deve cercare di perdere meno tempo possibile; bisogna quindi valersi di un numero di strumenti minore per non perdere tempo nel loro cambio. Con una tenaglia si possono levare i sei grossi molari inferiori, quando ciò sia necessario, con questa tenaglia poi e con una tenaglia da radici inferiori si possono facilmente levare tutti i denti e le radici della mascella inferiore. Per l'uso generale della mascella superiore è molto servibile la tenaglia da radici superiori a branche lunghe.

Un ultimo soggetto è quello delle tanaglie incisive per il distacco delle radici dai denti, e qui è utile citare un esempio in cui non vi erano rimaste che le punte delle due radici di un molare inferiore destro, talmente internate nell'alveolo che pareva impossibile il levarle colla tenaglia o colla leva; solo quando il Moon, di cui è l'esempio che riportiamo, le ebbe separate colla tenaglia incisiva, si poterono levare con facilità.

Sui pretesi pericoli dell'odontiasi e sul taglio della gengiva; del dott. James Finlayson. (*Monthly Review of dental Surgery*).

Quanta influenza abbia il processo della dentizione sulle malattie del fanciullo, è di un' importanza altrettanto pratica che scientifica. V'ha chi afferma che i bambini presentano fenomeni morbosi di cui non siamo testimoni nei casi di difficile dentizione e dobbiamo cercarli nella causa delle loro malattie; avvi pure chi nega l'esistenza di note caratteristiche e dobbiamo scoprirle con una esatta diagnosi, ed indicare una conveniente cura. Chi considera il taglio della gengiva come l'*unico mezzo efficace*, per una spaccatura larga e profonda nella gengiva sulla maggior parte della sua estensione, una o due volte nella giornata; chi per esperienza è convinto dell'*inutilità di questo mezzo*. Fra tali estreme opinioni dominanti fra i medici e nel pubblico, abbisogna un po' di luce.

Il nesso che esiste fra la qualità del latte e la facilità o precocità della dentizione è già stata trattata da Aristotile in due tesi distinte. I sintomi della dentizione sono tanto rimarcabili e l'importanza dei denti per la vita del fanciullo è così evidente che non dobbiamo punto maravigliarci se vi si annette tanta importanza, potendo gli stessi fenomeni dipendere da altre cause. Billard dice: che lo sviluppo delle glandole

del tubo intestinale, che avviene in quest'epoca, è causa delle diarree tanto frequenti nel tempo della dentizione; che pei cambiamenti essenziali che succedono nel cervello del bambino nel primo anno di vita devesi attribuire la frequenza delle malattie cerebra i, e, non ostante la comparsa dei primi denti, da questi si farebbero dipendere le forme cefaliche. Armstrong asseriva che le convulsioni avvengono prima o dopo il periodo ordinario della comparsa dei denti, e che questi casi sono identici a quelli che accadono durante quel processo. Sotto questo obbiettivo si può calcolare il settimo mese. Sorano propone di applicare gli emollienti alla gengiva circa nel quinto mese per prevenire i pericoli del settimo. Il medico non dovrebbe mai scordare che bene spesso prima della comparsa dei denti si hanno sintomi, pressochè eguali a quelli che d'ordinario si attribuiscono alla dentizione, e sopraggiungono e scompaiono frequenti volte senza la comparsa del nuovo dente, il che è dovuto ai processi intimi dell'odontiasi; all' aprirsi della mandibola attraversata dal dente, come disse Sydenam, e poi allo schiudersi della gengiva. Questa doppia esistenza di pericoli, per ogni deciduo, concede al medico bastante latitudine di far cessare a suo talento qualsivoglia sconcerto come contemporaneo dipendente o meno dal processo del dente. E qui troviamo: un autore convinto dell'erroneità di attendere fino al sesto mese prima di attribuire malattie alla dentizione; un secondo che ne tiene conto appena toccato il quarto mese; un terzo vuole che il principio delle sofferenze de la dentizione avvenga il giorno della nascita, mentre Hunter dubitativamente dice: che la dentizione è la malattia della prima età ed in vero comincia ben anche colla vita stessa.

Il dott. Ballard trova nei diversi modi di allattamento insufficiente una potente causa di malattie e ciò sopprimendo la funzione della dentizione non ha posto nella nosologia. Il dott. Norton in una relazione all' *Obstetrical Society* cercò di mostrare che la dentizione dovrebbe essere depennata dal nostro elenco delle malattie e credette di poter ammettere che le sofferenze attribuite per solito all'odontiasi siano da ricercarsi nell'abitudine generale, di nutrire i fanciulli con preparati amilacei. Amendue queste ipotesi per lo meno hanno il merito di basare su qualche deviazione dal processo normale di nutrimento.

Però, coloro che non vorrebbero attribuire ogni malattia al processo della dentizione, durante questo periodo, dovrebbero badare a due specie di sintomi: quelli cioè che secondo la loro indole locale appaiono collegati direttamente coi denti, e quelli che nascono e scompaiono durante il tempo della comparsa di un dente. Rilliet e Barthez dicono d' aver osservato una dentizione difficile concomitante una meningite sicchè furono incerti se dovessero attribuire questa ad una sola od a duplice causa. Essi affermano eziandio d'aver veduto spuntare uno o più denti nel corso della meningite, della pneumonite, dell'enterite e della febbre tifoidea senza ostacolo e senza alcuna influenza favorevole al decorso della malattia. Per converso non dobbiamo scordare la cessazione più

o meno rapida dei sintomi all' apparire di un dente. I casi in cui certi sintomi si ripetono coll'escita d'ogni dente, e senza altra causa manifesta porgono argomento più valido ad ammetterne la dipendenza dall'odontiasi.

Ad Ambrogio Paré si attribuisce l'operazione del taglio della gengiva od almeno d'averlo divulgato. Il caso toccatogli che fece gran chiasso fu quello del duca di Nevers che morì ad otto mesi ed all'autopsia non si trovò alcuna causa di morte fuorchè una durezza della gengiva la quale presentava i denti in procinto di comparire allorchè fu aperta. Da ciò si concluse che si sarebbe potuto salvare il fanciullo se si fosse fatta l'incisione durante la vita. Chiamato il dott. Monnier, per un altro fanciullo che soffriva per la dentizione, gli fece una lunga incisione sulla gengiva ed il bambino fu restituito a salute. Resta però a vedersi, nei casi che la ferita cicatrizzi, se è pronta l'uscita del dente, o se trova maggior ostacolo quando la cicatrice diventi antica e quindi più resistente dei tessuti normali. G. Hunter dichiarava ch'egli eseguì quest'operazione più che dieci volte sul medesimo dente. Il dott. Churchill racconta di un caso nel quale fu costretto di adoperare la lancetta trenta o quaranta volte, poichè ciascun dente rendeva necessarie diverse operazioni. Underwood raccomanda, nelle convulsioni ostinate, il taglio della gengiva per cinque o sei giorni di seguito. Marshall Hall dice che non basta, il dividere la gengiva per favorire l'uscita del dente, ma devesi operare senza incertezza e profondamente per una o due volte in una gran parte della sua estensione, agevolando lo scolo del sangue con acqua calda ed una spugna. Fra i vari metodi d'incisione è da preferirsi il taglio crociato mercè le forbici colle quali torna agevole escidere i lembi; benchè il dott. Baumes asserisca che per rimuovere l'ostacolo convenga esportare un pezzo di parete alveolare e, in date circostanze, estrarre anche il dente. Con tutto ciò il miglioramento conseguito dei sintomi era spesso più apparente che reale e con altrettanta frequenza temporario.

L'opinione odierna inclina verso il dott. West che cioè i casi, in cui è indicata la incisione, siano pochi. Rilliet e Barthez citerebbero un solo caso nel quale dall'operazione si ebbe un reale vantaggio, mentre Trousseau accenna all'inutilità di codesta pratica. Il dottor Gee sopra 102 osservazioni in bambini affetti da convulsioni non trovò mai di potere ammettere come causa la dentizione ostacolata.

Piuttosto conviene porre mente alle conseguenze della ferita; le ulceri, la suppurazione, ed anche la gangrena L'emorragia può riescire pericolosa e letale, così dubita Baumes, Hamilton, ed affermano Churchill, Richardson, e Young.

Sordità guarita coll'estrazione dei denti; del dott. Luther Campbell. (*Dental Cosmos*).

Una signora di 38 anni circa, recavasi dall'autore, per farsi levare sette denti dalla mascella superiore. Essa era completamente sorda dal-

l'orecchio sinistro da oltre dieci anni. In seguito all'estrazione del canino sinistro disse d'avere sentito come una corrente d'aria che penetrasse nell'orecchio per pochi istanti e subito dopo ricuperò l'udito. Esaminati i denti erano molto guasti ed esistevano altrettanti ascessi alveolari, guariti i quali si fece sostituire la dentiera artificiale, e si potè accertare che l'udito persisteva anche dopo molti mesi.

Casi di periostite alveolo-dentaria cronica, con complicazione delle vicinanze, trattata colla resezione e consecutiva ripiantazione immediata del dente; del dott. E. Magitot. (Il *Morgagni*, dicembre 1876).

Rammenta l'Autore che la malattia primaria, in molti casi delle così dette fistole dentarie, consiste esclusivamente in una alterazione dell'estrema punta della radice del dente, mentre la corona ed il resto della radice ponno essere sani. Per allontanare questo focolajo morboso locale e limitato, senza privare di denti gli infermi, Alquié di Montpellier nel 1860 propose un processo del quale Magitot si è servito col miglior risultato in tre casi da lui estesamente riferiti. L'operazione consiste nel togliere, accuratamente e senza alcuna lesione dell'alveolo, il dente la cui radice pare inferma, nell'asportare con una tenaglia osteotoma la parte lesa della radice e nel ripiantare il dente. Se si tratta d'un molare, si asporta soltanto la radice affetta; e se la corona è cariata, essa viene regolarmente impiombata prima che il dente sia rimesso a posto. Se vi sono seni fistolosi bisogna dilatarli o spaccarli perchè il pus abbia facile scolo: in tal modo, come lo provano i casi di Magitot, possono guarire anche delle fistole estese o con scopertura d'osso.

Già prima di Magitot, gli inglesi Coleman e Lyons avevano eseguita l'operazione di Alquié, di maniera che si contano già 14 casi di operazioni. Di questi in 9 si è avuta perfetta guarigione, in 3 i denti caddero, in 2 è ignoto l'esito. Del resto nei casi di cattiva riuscita le radici dentarie erano state soltanto grattate e non risecate Nei casi di Magitot non occorse alcun apparecchio per tenere fissi i denti ripiantati.

Trapiantazione e ripiantazione dei denti; del dottor R. Rabatz. (Il *Morgagni*, gennaio 1877).

Accenna l'Autore come Mitscherlich fino dal 1861 trapiantasse i denti dai cadaveri nella bocca dei viventi: di dieci casi, sembra che otto avessero felice esito. Ciò non pertanto questo metodo non trovò seguaci. Così, il trapiantare un dente dalla bocca d'un vivo in quella d'un altro, sarà sempre un altro metodo eccezionale per le molteplici difficoltà che presenta, essendo innanzi tutto assai raro il trovare un dente che bene si addatti ad un alveolo vuoto che non sia il proprio. Ben diverso è il ripiantare dei denti negli alveoli da cui furono cavati. Dal 1860 al 1863 Rabatz ha eseguito 84 ripiantazioni in 83 infermi. In 46 di questi casi la polpa del dente era attaccata, ma il periostio era sano: i denti vennero estratti, subito dopo impiantati e fissati con un piccolo apparecchio. Dei 46 casi suddetti, 41 guarirono senza alcun dolore in 3-4 settimane; negli altri 5 vi fu gonfiore e dolore, perciò gli

infermi perduta la pazienza non vollero continuare gli esperimenti. Negli altri 38 casi (degli 84) vi era periostite; nei casi in cui la polpa era sana, fu lasciata intatta, in quelli invece che era presa dal male venne impiombato il dente prima di ripiantarlo. Su 20 casi di questo gruppo fu raschiata la membrana periodontina e venne limitata la punta della radice prima di mettere a posto il dente; 17 ebbero felice risultato. Negli altri 18 casi vennero ripiantati i denti colla membrana periodontina lesa ma solo 3 guarirono. Tutti questi denti ripiantati, eccetto due piccoli molari superiori, erano denti incisivi e canini.

Rabatz dà adunque il precetto di raschiare sempre la membrana periodontina e di limitare la punta delle radici prima di ripiantarle; in tal guisa, restando uno spazio libero fra il dente e l'alveolo e scemando la pressione, verrebbe favorita la guarigione del periostio infiammato. Tra il periostio alveolare e la polpa avverrebbe una unione che farebbe da ponte di passaggio pei liquidi nutritivi. Nei denti ripiantati ed estratti dopo qualche tempo Rabatz ha potuto constatare che la polpa si era riavuta ed aveva ripresa la sua sensibilità. Quando la radice è grattata il cemento e la dentina ricevono il loro nutrimento dalla polpa, o dal liquido che sta nei canalicoli della dentina finchè non si forma una nuova membrana periodontina, la quale è stata dimostrata da Rabatz nei denti ripiantati ed estratti dopo qualche tempo. Osserva infine come la ripiantazione, benchè si possa praticare felicemente nei casi appropriati, non la si debba avere in conto quale mezzo atto a fare sempre conservare i propri denti.

Casi di irregolarità; del dottor Kingsley. (*Johnston's Dental Miscellany*).

Un ragazzo di nove anni aveva i denti più grossi di quelli degli altri individui di sua famiglia ed erano spuntati in modo assai diverso, nulla accennando al gentilizio. I denti della mandibola erano regolari; gli incisivi superiori sporgevano tanto che la mascella appariva straordinariamente lunga, e le labbra non si potevano avvicinare; i denti laterali combaciavano bene.

Lasciato per quattro anni senza provedimento, facendo a fidanza nella natura, trovossi deluso, per essere altresì spuntati tutti i permanenti ed aumentato il difetto. Allora fece una cappa d'oro, la quale ricopriva le corone degli incisivi e terminava sui canini, preparò una placca di vulcanite, adattata al palato, e mancante sul davanti per favorire la retropulsione di questi denti, posteriormente alla placca applicò due lacci di tubo di caoutchouc che stirati in avanti li assicurò alle aste sporgenti della cappa d'oro. Dopo poco tempo l'arco anteriore della mascella erasi tanto retratto che i denti si toccavano, ma non bastando fu duopo levare un piccolo molare da ciascun lato, ed anche per l'eccessivo sviluppo delle corone degli incisivi superiori, fè bisogno saldare due bottoni lunghi mezzo pollice circa, ai lati dell'apparecchio indicato, che in tal guisa sporgevano dagli angoli della bocca, cui erano attaccate due lamine

d'ottone, unite ad una callotta di pelle con fettuccie elastiche. Per la pressione esterna i denti venivano spinti a forza entro la mascella, mentre per la pressione interna erano spinti in giù verticalmente.

Il risultato fu che, dopo tre mesi senza interruzione ed altri due mesi di notte e qualche volta di giorno, i sei denti anteriori presero una disposizione regolare, i canini si toccavano coi secondi piccoli molari, e gli incisivi furono per un quarto della lunghezza della corona spinti in su nei loro alveoli.

Per quanto si sappia, questo fu il primo tentativo, praticato per accorciare i denti col premerli nella mascella, è avvenuto nel 1866, fu riferito all'adunanza della *New-York Dental-Society* nel maggio dello stesso anno e pubblicato poi nel *Dental Cosmos.*

Cita quindi, l'Autore, altri casi di irregolarità simili al primo curati dal dott. Tayers in Brooklyn e specialmente discorre di uno nel quale aveva raddrizzato un incisivo mediano ed applicatavi una placca per mantenerlo in direzione giusta, dopo poche settimane, non avendo prima potuto rivedere il paziente, scoprì che la pressione sul detto dente era stata eccessiva e che la corona erasi accorciata della metà degli altri denti. Così a malincuore asserisce ancora, come il ragazzo corretto ed avvisato di mantenere una placca di sostegno, non avendo seguito i suoi consigli, dopo circa un anno e mezzo si presentasse di nuovo colla deviazione dei denti peggiore di prima e che Egli declinasse ogni responsabilità per un secondo tentativo.

Cura di irregolarità; del dott. KINGSLEY. (*id. id.*).

Un ragazzo tredicenne non aveva difetti, tranne il ritardo della dentizione e l'irregolarità nella disposizione dei sei denti anteriori superiori. Infatti non era ancora spuntato il secondo molare temporaneo sinistro; la corona del primo bicuspidato sinistro e del canino destro erano sviluppate imperfettamente e questa nel chiudere la bocca rientrava dai denti inferiori come il piccolo incisivo sinistro; gli altri erano storti e sporgenti. Però l'arco superiore era capace di ampliamento da porre tutti i denti su una linea senza che il labbro avesse a sporgere troppo. L'indicazione era di tirare avanti il canino del lato destro, raddrizzare il piccolo e grande incisivo; del lato sinistro torcere il grande incisivo e spingerlo avanti insieme al piccolo incisivo, respingendo il canino.

Preparata una lamina di caoutchouc, con un filo d'oro infisso alla periferia, in guisa da coprire tutto il palato e cingere col filo esternamente tutti i denti, non che alcune striscie di tubo di gomma tagliate, costituivasi l'apparecchio. Il filo in corrispondenza agl'interstizi dentali era munito di uncinetti infissi, la placca verso il centro tiene una incisione foggiata a lingua cui s'attacca un anello di gomma che passando per gli interstizi si porta anteriormente al canino ed al filo ove si assicura, viceversa altri anelli piccoli applicati alla faccia interna degli altri denti ed assicurati all'esterno del filo. L'azione combinata di questo apparato di forze mentre tende a far rientrare i denti sporgenti fa spor-

gere quelli che rientrano. Ma il grande incisivo sinistro con un lato toccava il filo perciò contro il lato divenuto posteriore vi applicò un cuneo di legno il quale compreso e compresso dall'anello ne favoriva il raddrizzamento.

La cura durò dieci settimane dopo il qual tempo gli prescrisse una placca di sostegno affinchè non avesse ad alterarsi di nuovo la ottenuta riordinazione dei denti.

Cause dell' irregolarità nello sviluppo dei denti; del dott. KINGSLEY. (*New-York Odontological Society*).

Una delle maggiori difficoltà dell'odontoiatria è appunto il non sapere nulla della causa prima di codeste deformità, e sarebbe un grande fatto il saperla e poterla prevenire.

L'eredità ci offre esempi di irregolarità limitata ad uno o due denti, alla forma o grossezza non proporzionata agli altri, al colorito quando non dipenda da altra influenza, e senza risalire all'origine della specie, che riescirebbe impossibile, dobbiamo per intuito ammettere che in un tempo anteriore, nella storia degli avi nostri la natura deviò dal suo tipo normale. E la correzione del difetto in un individuo non impedisce che il difetto si riproduca nei suoi discendenti, in via diretta od alterna.

Le irregolarità o nella forma della mascella o nella posizione dei denti, sono rarissime nella prima dentizione Se talvolta accade per gli incisivi è conseguenza d'abitudine di usare del poppatoio, del dentaruolo, o di succhiare il pollice. Eppure da codeste mascelle regolari fino ai sette anni, escono irregolarità innumerevoli.

Il dott. Nichols che, per dodici anni fu sulle montagne rocciose (Felsen-Gebirgen) e nella costa del mar Pacifico, ha esaminato le mascelle di migliaia di indiani e chinesi, non ha mai trovato un esempio di irregolarità nei denti. Le loro mascelle sono in generale bene conformate ed ampiamente sviluppate. Così dicasi di tutte le razze semibarbare e selvaggie di buona struttura.

Nell'anno 1864 Cartwright e Coleman di Londra esaminarono circa 200 crani antichi, nella sepoltura della chiesa di Hythe in Kent, appartenenti ai due sessi ed a diverse età. Le arcate alveolari erano bene sviluppate ed i denti disposti regolarmente, furono notate due sole deviazioni: un canino superiore rientrante nella chiusura della mandibola, ed un bicuspidato girato sul suo asse. La larghezza media della mascella presa fra l'esterno di un grosso molare e l'omonimo opposto era di due pollici e mezzo.

Nel 1869 John Mummery esaminò tutti i crani a lui possibili più di 3,000 delle razze antiche e moderne non civilizzate e sulla metà dei medesimi classificò nel modo seguente: Britanni antichi 208; Britanni romani 143; Anglosassoni 76; Egiziani antichi 36. Delle razze moderne non incivilite: Americani del nord 145; Polinesi 204; Indiani orientali 223; Africani 438; Australiani 165.

Un'analisi accurata della misura dà la media larghezza fra i due primi

molari, nei crani delle razze antiche, di poco minore di due o tre ottavi di pollice e la stessa misura nelle razze moderne non civilizzate era qualche cosa più di due pollici e mezzo. La più stretta era di due pollici ed un ottavo, fra gli Ottentotti ed i Boschimeni dell'Africa del sud. La maggiore di circa due pollici e tre quarti è propria ai nuovi maremmani, agli isolani di Fidschi e agli Ascanti Adunque il tipo non fu alterato fra i popoli di costumi ed intelletto semplice.

La regolarità della mascella consiste in una linea curva che si allarga verso le estremità e sulla quale tutti i denti stanno in una linea. L'irregolarità è quella conformazione della mascella che non armonizza colle forme circostanti ed i denti sono addossati, o girati sul loro asse, o deviati dalla linea nella posizione dei denti.

Erronea è l'ipotesi che in seguito all'estrazione prematura dei denti decidui l'osso mascellare si restringa, essendo dimostrato che i denti e le apofisi alveolari sono una appendice dell'osso, adempiono al loro ufficio e scompaiono senza influire sul loro punto d'appoggio. Questo fatto è dimostrato con una osservazione di Tomes in un ragazzo al quale aveva dovuto levare tutti i denti decidui in una volta. L'esperienza però dimostra frequenti i casi di precoce caduta dei decidui seguita dall'uscita dei piccoli incisivi vicini ai piccoli molari; quindi sarà prudente consiglio di lasciare i primi canini in posto affinchè i permanenti non trovino ostacolo ad occupare il loro posto.

Vi è una specie di razza che produce delle irregolarità, le quali sono in rapporto con essa e contemporanee poichè in America, nelle nazionalità miste, si verifica costante la miscela nella riproduzione dei segni caratteristici e lineamenti particolari del volto di due diverse razze unite in matrimonio, e la chiamano *razza annobilita o distinta*. Una unione senza armonia e consonanza ha per sequela la bruttezza del carattere e l'anormalità del sistema fisico; così i genitori, ponno ciascuno avere mascelle e denti simmetrici, ed i loro figli mostruose irregolarità.

Il prof. Quillen dice, che esaminando lo scheletro, di un fanciullo nell'età di quattro fino a sette anni, preparato in modo da lasciar vedere i denti da latte ed i permanenti, non ci dovrà sorprendere se con questi ultimi si presenta un' irregolarità; osservando la loro disposizione serrata ed irregolare nella mandibola, prima della loro uscita, ci sorprende non poco che prendano in generale una posizione regolare e simmetrica.

L'Autore ha visitato la bocca del famoso nano (Generale Tom Thumb) e trovò che i denti erano come quelli di un uomo di statura normale, mentre le mascelle erano nane in armonia colle altre parti del suo sistema osseo; perciò aveva doppio ordine di denti, come egli disse, al contrario dei giganti ove la straordinaria statura costituisce la caratteristica della razza.

Di fronte a tale antagonismo non si può spiegare il fatto delle irregolarità dei denti senza subordinarlo allo squilibrio del sistema nervoso

in rapporto all'organismo umano della società odierna ed è dimostrato dal prof. Anstie. Il Mummery, dice: È a temere che una gran parte delle malattie dei denti abbia la sua origine nell'essere di troppo stimolato il cervello dei fanciulli. Secondo le più grandi autorità lo sviluppo più rapido del cervello succede fino al settimo anno; e non si dovrebbe dimenticare che le corone di tutti i denti permanenti, ad eccezione di quelli di saggezza, si trovano contemporaneamente nello stadio del loro sviluppo. Non potremmo noi quindi supporre che per la forza vitale diminuita e per la scemata attività formatrice dei denti, questi siano alterati dallo sforzo morale e fuor di tempo, e che questa circostanza produca una gran differenza fra i denti delle famiglie colte e quelli delle incolte?

Il dott. Nathan Allen nella sua relazione alla *Massachusetts Medical Society* sul cambiamento che oggidì si verifica nell'organismo umano, così si esprime: meno muscoli e più nervi; meno forza e più intelligenza; ossa meno compatte, colorito pallido, lineamenti marcati, minor salute; temperamento nervoso con tutti i suoi vantaggi e svantaggi predominanti; ne consegue: prevalenza di malattie cerebrali e nervose, morti improvvise per apoplessia, paralisi, vizj di cuore. E poi: il passaggio di tanta popolazione, dalla vita del contado a quella di città, dai lavori faticosi a più facili occupazioni, ed aggiungasi lo sforzo intellettuale, l'eccitamento, l'emulazione in ogni parte degli affari e della società, tutto cospira a menomare le forze fisiche del corpo ed abbreviare la vita, di tale maniera mancando l'armonia nei vari sistemi dell'organismo è cambiata la natura che torna sfavorevole alla riproduzione della specie per legge di eredità.

Dopo moltissime altre considerazioni, l'Autore conclude: Che uno sviluppo perfetto degli organi dentali è il risultato di un sistema fisicomorale bene armonizzato senza vizj ereditarj; che le cause di irregolarità possono essere congenite ed acquisite; che le anomalie di sviluppo, che hanno origine nello stesso individuo, sono causate da uno sconcerto delle funzioni dei nervi del quinto paio durante il periodo nel quale le corone dei denti permanenti si formano e si dispongono nella mascella prima della loro comparsa, ovvero, se le loro cause sono di antidata, sono da attribuirsi all'eredità che ha la sua origine in un eguale sconcerto in uno dei genitori, od anche il risultato di una unione di tipi diversi e chiaramente distinti di mascelle e di denti nei genitori.

Perciò, ai padri ed alle madri che attorniati dal lusso vanno orgogliosi di eccitare lo sviluppo precoce dei loro figli, egli dice: Siete i nemici della vostra razza, voi seminate i germi di mali nervosi, mentali e fisici; la messe sarà terribile e la fine l'estinzione della vostra famiglia e del vostro nome. Non forzate il dono intellettuale del vostro fanciullo che oggi è cotanto eccitabile; fate che la sua intelligenza si sviluppi a suo tempo.

Nei primi sette anni curate unicamente i suoi costumi e lo sviluppo

fisico. Allevatelo come fareste con un bruto. Se egli non ha alcun vizio ereditario, avrete in tal guisa posta la pietra fondamentale di un sviluppo splendido della sua razza.

Il terzo molare nelle razze umane; Ricerche del prof. P. MANTEGAZZA. (*Rendiconti del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*, 23 maggio 1878).

Quella piccolissima parte del nostro corpo volgarmente detta *dente della sapienza*, ossivero l'ultimo grosso molare, porge, all'Autore, nelle sue varietà uno dei problemi più importanti dell'evoluzionismo. Il Darwin, egli dice, lo toccò con qualche riserbo, mostrandosi disposto a credere: che questo dente tende a rendersi rudimentario nelle razze umane più alte; che nell'uomo è più piccolo degli altri due molari, ciò che si osserva anche nel chimpanzé e nell'orang, e non avrebbe che due sole radici; che spunta verso il 17.° anno e tende ad ammalare e cadere prima degli altri grossi molari; che però presenta maggiori differenze tanto nell'epoca del suo sviluppo, quanto nelle sue forme. Nelle razze negre invece il *dente della sapienza* avrebbe tre radici distinte ed è abitualmente ben costituito e differisce nella sua grandezza meno che nelle razze caucasiche. Schaffhausen spiega queste differenze col dire che la parte dentale posteriore della mascella è sempre accorciata negli uomini civili, e Darwin crede che questo fatto anatomico si spiega facilmente, perchè noi di razza alta usiamo d'ordinario di cibi cotti e più molli, e quindi adoperiamo molto meno le nostre mascelle. Schaffhausen osservò un grande sviluppo della parte posteriore dentale delle mascelle, non solo nei negri e negli australiani, ma anche nei malesi.

Se il Darwin modestamente ha dato solo come probabilmente risolto il problema da lui proposto, egli rimane pur oggi nello stesso stato di incertezza benchè in esso si trovi uno degli argomenti più favorevoli o più contrari alla teorica dell'evoluzionismo. Il Magitot ed il Lambert che in questi ultimi mesi si occuparono profondamente delle anomalie del sistema dentario e della sua morfologia, hanno aggiunto poco o nulla alla divinazione del grande naturalista inglese. Il Magitot, che può dirsi la prima autorità vivente in fatto di denti, ha poca tendenza a credere, riguardo ai denti, che i crani antichi fossero più vicini dei nostri alle scimmie. Egli cita Mummery, il quale trovò comuni le anomalie dentarie anche nelle teste dei romani antichi. Furono infatti trovati in essi molti casi di atresia delle arcate dentarie e sopra 143 teschi 8 mancavano dell'ultimo molare, benchè la loro età fosse adulta, e 5 altri presentavano diverse altre anomalie. Sopra 76 crani anglo-sassoni studiati dallo stesso Mummery si trovarono 5 casi di assenza dell'ultimo molare ed uno aveva una deviazione nella direzione dei due primi bicuspidi superiori. Nelle razze antiche si trovarono in complesso 43 anomalie su 458 crani, cifre che, secondo il Magitot, non si allontanerebbero sensibilmente da quelle che si riscontrano nei crani moderni. L'egregio an-

tropologo francese, che non è di certo molto tenero per la teorica dell'evoluzionismo, confessa però che nelle razze contemporanee gli uomini di tipo basso, anche per la forma ed il volume dei loro denti si avvicinano alle scimmie.

Magitot, parlando delle anomalie di forma e di numero delle radici dei denti, non risolleva il problema darwiniano e tace sulle differenze notate dall'Owen e ch'egli in altro luogo giudica però bisognevoli di conferma.

Quanto alle anomalie nel numero, Magitot trova che nella mascella superiore il dente che manca più spesso è uno degli incisivi e in seguito viene il *dente della sapienza*, la cui atrofia è frequente. Nella mascella inferiore questa poi è la più comune di tutte le atrofie, ed è assai più frequente che nella mascella superiore. Questa differenza è spiegata dal Magitot colla circostanza, che la tuberosità mascellare dà di solito superiormente uno spazio sufficiente per lo sviluppo dell'ultimo molare, mentre nella mascella inferiore il germe compresso fra la branca ascendente ed il secondo molare si atrofizza facilmente e sparisce per riassorbimento.

Il dott. Lambert, che nel titolo del suo lavoro, ci farebbe supporre di essersi occupato di tutti i rapporti, che ponno avere i denti umani colla teorica darwiniana, tace invece affatto sul problema che ora ci sta occupando. Egli ha raccolto migliaja di osservazioni in crani delle razze più disparate, ma esse non si riferiscono che alla morfologia dei denti nelle diverse stirpi umane.

Non rimaneva adunque, al prof. Mantegazza, che di osservare per conto proprio, raccogliendo dalla ricca craniologica raccolta del *Museo Nazionale d'antropologia* di Firenze i fatti per abbattere o per confermare la divinazione darwiniana sull'ultimo molare. E dovendo metter da parte tutti i teschi di uomini troppo giovani, o troppo vecchi, o quelli troppo guasti non ha potuto disporre che di 1249 crani, distribuiti in tre serie e nelle seguenti proporzioni:

Crani moderni di razze alte	844
» » inferiori	277
Crani antichissimi (etruschi, romani, fenici, ecc.) .	128
	1249

Ed ecco in forma prospettica i risultati delle sue osservazioni.

CRANI MODERNI DI RAZZE ALTE.

Condizione in cui si trova il terzo molare.

Stato normale	Assenza di uno o più	Atrofia	Ectopia	Caduta prematura	Totale
313	358	92	17	64	844

Proporzione per cento.

Stato normale	Assenza di uno o più	Atrofia	Ectopia	Caduta prematura	Totale
37,09	42,42	10,90	2,01	7,58	100,00
Normali		Anormali			
50,54		49,46			100,00

CRANI MODERNI DI RAZZE ALTE.

Distribuzione secondo il numero delle radici di 592 terzi molari superiori.

1 radice	2 radici	3 radici	4 radici	5 radici
119	137	304	31	1
Proporzione per cento.				
20,10	32,14	51,35	5,24	0,17
Di 341 terzi molari inferiori.				
32	278	29	2	—
Proporzione per cento.				
9,38	81,53	8,50	0,59	—

CRANI MODERNI DI RAZZE BASSE.

Condizione in cui si trova il terzo molare.

Stato normale	Assenza di uno o più	Atrofia	Ectopia	Caduta prematura	Totale
140	55	57	5	20	277
Proporzione per 100.					
50,54	19,86	20,58	1,80	7,22	100,00
Normali		Anormali			
50,54		49,46			100,00

CRANI MODERNI DI RAZZE BASSE.

Distribuzione secondo il numero delle radici di 219 terzi molari superiori.

1 radice	2 radici	3 radici	4 radici
69	44	99	7
Proporzione per cento.			
31,51	20,09	45,20	3,20
Di 49 terzi molari inferiori.			
3	45	1	—

Proporzione per cento.

1 radice	2 radici	3 radici	4 radici
6,12	91,84	2,04	—

CRANI ANTICHI.

Condizione in cui si trova il terzo molare.

Stato normale	Assenza di uno o più	Atrofia	Ectopia	Caduta prematura	Totale
65	35	21	—	7	128
Proporzione per cento.					
50,78	27,34	16,41	—	5,47	100,00
Normali		Anormali			
50,78		49,22			100,00

CRANI ANTICHI.

Distribuzione secondo il numero delle radici di 112 terzi molari superiori.

1 radice	2 radici	3 radici	4 radici
34	23	52	3
Proporzione per cento.			
30,36	20,53	46,03	2,68
Di 81 terzi molari inferiori.			
10	66	5	—
Proporzione per cento.			
12,35	81,48	6,17	—

Dei mezzi proprii ad impedire la carie dentaria; del dott. A. STEVART. (*Indipendente*, agosto 1878).

L'acidità della bocca essendo la gran cagione della carie dentaria, l'Autore consiglia: 1° di sciacquarsi accuratamente la bocca con dell'acqua dopo ogni pasto, in modo da sbarazzare questa cavità da ogni traccia di sostanze alimentari; 2° fatto ciò sciaquarsi nuovamente la bocca, con una soluzione alcalina per neutralizzare gli acidi ingeriti o sviluppati; 3° ogni mattina spazzolarsi i denti delicatamente in modo da togliere il muco separato durante la notte.

Sciringa dentale perfezionata; del dott. G. OWEN. (*British Journal of dental science*).

Nell'uso delle sciringhe dentali comuni si perde assai tempo a riempirle, per l'apertura molto piccola dalla quale si aspira l'acqua. A scanso di tale inconveniente si sono introdotte due specie di sciringhe automa-

tiche: l'una a palla di gomma, l'altra di metallo comune con una molla spirale che costringe l'asta dello stantufo ad innalzarsi. Premendo sulla palla nella prima ed abbassando lo stantufo nell'altra, quando si immergono in un bicchiere d'acqua, si riempiono, mentre l'operatore continua il suo lavoro.

L'Autore considera che, per agire automaticamente, le dette sciringhe abbandonate al fondo del bicchiere colla piccola apertura delle cannuccie, ponno assorbire delle impurità (che non vi dovrebbero essere) da obliterarne il lume; per ciò ha costruito una sciringa di metallo comune e di forma cilindrica, con una valvola d'immissione più grande in prossimità alla base del cilindro, cosicchè nell'immergerla nell'acqua ed alzando lo stantufo col pollice la si riempie istantaneamente. Nello spingere poi lo stantufo la valvola si chiude e l'acqua viene spinta fuori dalla cannuccia. (Avrà il suo pregio, ma crediamo che la sciringa d'Anel, per la sua forma esterna, la possa sostituire assai bene).

Dentifrici; del dott. J. B. Rottenstein, di Parigi. (*Transactions of the Odontological Society*).

« È meglio evitare che curare il male. » Può dirsi che l'odontoiatria ebbe la sua genesi nella composizione di polveri dentrificie e di rimedi antiodontalgici. Ippocrate raccomanda le ossa animali, per polvere dentifricia, e le foglie di senna, l'anice e la mirra, per acqua odontalgica. La scuola d'Epicuro ebbe i propri e molti ne troviamo, negli scritti di Galeno, attribuiti principalmente ad Apollonio, che tratta in modo speciale l'argomento in un'opera, ora perduta, *in primo parabilium libro*; Archanges (Archigene) di Siria, che professò la medicina in Roma sotto Domiziano, Nerva, e Traiano, se ne occupò, avendo anche scritto molto sulla fisica e sulla medicina, di cui Galeno, ricordò dieci libri sulle febbri. Celso Scribonio Largo, che visse 50 anni avanti Cristo, raccomandò le radici di *farina Nardi*, il miele caldo, il sale gemma ed anche un altro preparato: *herba arecolaris* secca ed usta con sale ed una terza parte di *spicea Nardi*, amendue le quali miscele adoperava Ottavia sorella dell'imperatore Augusto.

Per tacere dei poeti e satirici che vi fecero allusione, veniamo ad un periodo posteriore, allorchè Pietro Fouchard, sul principio del 18° secolo, pubblicò il suo ben noto lavoro, sulla cura dei denti: è il primo lavoro importante sull'odontojatria ed oggi ancora è tenuto in pregio, e in Francia è riconosciuto come caposcuola il suo autore. Gli oppiati, egli dice, le polveri, i liquori, che si preparano per pulire i denti, sono a ritenersi più nocivi che proficui: Essi si compongono della porcellana di Brigg, la pomice (consuma lo smalto), l'alabastro (per imbiancarli), le ossa di seppia, il cremor di tartaro, l'acetato di piombo, il sugo di acetosa o di limone, lo spirito di allume, ecc., Questi ultimi si dovrebbero adoperare nei soli casi eccezionali. Suo malgrado raccomanda: il corallo rosso, il sangue di drago, le ossa di seppia e gli occhi di granchio polverizzati e misti con miele. Questa miscela subisce una forte fermentazione. Dun-

que da Ippocrate a Fouchard non si fece nessun progresso nella composizione dei dentifrici.

La fermentazione è causa di generazione parassitaria e questa a sua volta della carie dei denti. Lo smalto sotto l'azione di un acido diviene poroso ed il Leptothrix vi penetra; perforato lo smalto, la dentina comincia ad ammollirsi e colorirsi in bruno ed è da attribuirsi alla struttura tubulare del substrato se la carie si estende piuttosto nella direzione dei canali che di traverso.

L'Autore accenna in seguito ai cambiamenti microscopici della dentina allo stato di carie, che noi ommettiamo essendo argomento già noto ai lettori della nostra Rivista.

Lo sviluppo dei funghi sembra essere favorito da un mezzo debolmente acido, o neutro; essi non ponno svilupparsi nei liquidi alcalini; adunque la neutralizzazione degli acidi a riparo dei denti da ogni fermento e l'arresto dello sviluppo di funghi con una cura addatta e la pulitezza sono le indicazioni cui devesi soddisfare. A tale uopo nulla di meglio che escludere tutti i dentifrici liquidi od in polvere, vegetale o minerale che sia, e servirsi del sapone comune che per la proprietà lievemente alcalina che impartisce all'acqua neutralizza gli acidi ed impedisce lo sviluppo dei funghi. (Il dott. Bowditch osservò che nella bocca di 40 persone di professione diversa e di metodo di vita assolutamente opposte, eranvi parassiti vegetali ed animali, eccezione fatta per alcuni pochi i quali si pulivano la bocca col sapone una o più volte al giorno). Possiamo consigliare anche l'ipermanganato di potassa sciolto nell'acqua come buon dentifricio per l'azione sua antisettica e salutare sulla mucosa

Dell'azione locale delle sostanze medicinali sui denti; del dott. Maurel. (*Bulletin général de thérapeutique,* 15 e 30 giugno 1878).

Dall'avere osservato, nel 1854, alcuni casi di gengivite ulcerosa e gangrenosa, trattati con tocchi d'acido cloridriro e seguiti da rapida alterazione dei denti, quantunque spiegasse la caduta di alcuni per il progresso del male, non si lasciò sfuggire il fatto della friabilità dello smalto imputabile alla medicazione. Allora domandossi se ciò poteva accadere per certe sostanze d'uso comune per le cure e le affezioni della bocca. Fece quindi speciali esperienze sugli acidi minerali e vegetali che, per quanto imperfette, gli lasciarono la convinzione che in generale cotesti acidi dovevano essere banditi dalla terapeutica della bocca ed esclusi da qualsivoglia composto, acqua, polvere, oppiato di cui si serva per pulitezza. Dopo qualche tempo il Magitot fece conoscere le sue esperienze sugli acidi: butirico, citrico, macico, carbonico, ossalico, acetico, tartrico e tannico; gli zuccheri, il cedro, l'albumina e gli albuminoidi; infine l'allume ed il cloruro di sodio. Perciò fu animato a riprendere le proprie e completarle.

Nel periodo 1867-1875, eseguì il suo progetto e i denti che servirono alle esperienze furono poi conservati secchi ed inalterati. L'indirizzo tenuto consistette, nel porre, in soluzioni bene titolate, dei denti sani e

d'altri a diverso stadio di alterazione, nell'esaminarli a diverse epoche per seguire, su ciascuno dei tre tessuti duri del dente, l'azione della soluzione impiegata.

Ventidue furono le sostanze adoperate: gli acidi, arsenioso, citrico, tannico, fenico e l'aceto di Bully; i cloruri, di sodio, zinco e antimonio; il percloruro di ferro ed il liquore di Van Swieten; l'ioduro di potassio e la tintura di iodio. I sali: solfato di rame, clorato di potassa, nitrato d'argento ed allume cristallizzato. In fine, certe altre sostanze comprendenti l'alcool a 82°,6, la tintura di benzoino, l'alcoolato di menta, la tintura di china-china, l'acqua di colonia ed il tabacco. È dolente di avere smarrita una intiera serie di esperienze la quale comprendeva le acque e le polveri dentifricie le più usitate.

(Non consentendo, lo scopo della rivista, di riprodurre tutte le esperienze nel loro dettaglio, le accennerò per sommi capi senza ledere l'utilità pratica che potremo dedurne).

Acido arsenioso. — Soluzione: acido centigr. 20, acqua distillata grammi 10. — *Conclusione*: Nessuno dei tre tessuti duri del dente è stato intaccato.

Acido citrico. — Soluzione: acido grammi 1, acqua distillata gr. 20 — Intacca indifferentemente tutti i tessuti duri del dente.

Acido tannico. — Soluzione: acido grammi 8,50, acqua dist. gr. 20. — Esercita nessuna azione sullo smalto; colorisce in bruno carico il cemento e la dentina, e rammollisce leggiermente questa.

Acido fenico. — Acido cristallizzato puro. — Non ha azione sullo smalto; abbrunisce appena il cemento. La sua azione sulla dentina è ignota.

Acido di Bully. — Puro. — È privo d'azione sulla durezza dei tessuti del dente, abbrunisce leggermente la radice.

Cloruro di sodio. — Soluzione: cloruro, grammi 2, in acqua distillata grammi 20. — Dà ai denti un legger colore verdastro; non agisce sulla durezza del cemento, ma, in alcune circostanze, pare possa alterare lo smalto. La sua azione sulla dentina è ignota. Occorrono nuove esperienze.

Cloruro di zinco. — Soluzione: cloruro, centig. 50, in acqua distillata, grammi 20. — Non agisce sullo smalto; rende il cemento trasparente ed esercita una debole influenza sulla dentina.

Cloruro d'antimonio. — Soluzione: soluzione satura di cloruro d'antimonio grammi 20; acqua semplice grammi 18. Intacca rapidamente ed attivamente lo smalto; il cemento e la dentina vengono intaccati più tardi ma in maniera altrettanto energica.

Percloruro di ferro. — Soluzione: percloruro, centig. 50 in acqua distillata grammi 20. — Rende lo smalto friabile, rammollisce il cemento e probabilmente la dentina.

Joduro di potassio. — Soluzione: ioduro, grammi 2, in acqua distillata grammi 10. — Non agisce nè sullo smalto nè sulla dentina; pare che rammollisca il cemento.

Liquore di Van Swieten. — Puro — Senza intaccare la durezza dello smalto, ne opaca la lucentezza e tinge in giallo-arancio il cemento senza alterarne la consistenza. La sua azione sulla dentina è ignota.

Tintura di iodio. — Soluzione: tintura, grammi 5, in acqua distillata, grammi 15. — Intacca lo smalto che lo disaggrega. I differenti colori che dà al cemento ed alla dentina sono passaggieri. Non ha alcuna azione sulla durezza di questi due tessuti.

Solfato di rame. — Soluzioni: 1ª solfato, grammi 2, acqua distillata, grammi 15; 2ª solfato, centig. 50, in acqua dillata, grammi 20. — Conferisce allo smalto intatto un colore giallo-sale; sembra che intacchi il cemento che si tinge come la dentina di un colore verde persistente che traspare dallo smalto.

Clorato di potassa. — Soluzione: più che satura, clorato, grammi 2, in acqua semplice, grammi 20. — Nessuna azione sui tessuti duri del dente.

Nitrato d'argento. — Soluzione: nitrato, grammi 1, in acqua distillata, grammi 20. — Non toglie la durezza dei denti, ma imparte loro un riflesso nero metallico.

Allume cristallizzato. — Soluzioni: 1ª allume, centigrammi 40, in acqua, grammi 20; 2ª allume, grammi 1, in acqua, grammi 20. — Ha una azione attivissima distruttiva sullo smalto. Non è costante sulla dentina e sul cemento, e quando l'esercita non è che debolmente osservandosi il cemento meno alterato della dentina.

Alcool a 82°,6. — Non esercita alcuna azione sullo smalto.

Tintura di benzoino. — Soluzione: tintura, grammi 4, in acqua distillata, grammi 20. — Non agisce sui tessuti dentali; può in tempo lungo colorire in bruno il cemento e la dentina.

Alcoolato di menta. — Soluzione: alcoolato, grammi 10, in acqua distillata, grammi 10. — Non ha alcuna azione sui tessuti duri dei denti.

Tintura di china-china.. — Soluzione: tintura, grammi 10, alcoolato di menta, grammi 2, acqua distillata, grammi 10. — Senza diminuire la durezza dei denti, colorisce le radici in bruno.

Acqua di colonia. — Soluzione: acqua di colonia, grammi 2, acqua distillata, grammi 15. — Non spiega alcuna azione sui tessuti duri dei denti.

Tabacco. — Macerazioni: 1ª zigaro di cinque centesimi, grammi 2, in acqua distillata, grammi 20; 2ª (*londrès*) grammi 1, in acqua distillata, grammi 20; 3ª tabacco a masticare, grammi 1, in acqua distillata grammi 10; 4ª tabacco a masticare, grammi 2, in acqua distillata, gr. 20; 5ª tabacco da pipa, grammi 1, in acqua distillata, grammi 10; 6ª tabacco da pipa, grammi 2, in acqua distillata, grammi 20. — Il tabacco in macerazione, qualunque sia la qualità, da fumare o da masticare, non agisce sulla struttura dei denti, ma li colora in bruno più o meno carico, e, dei tre tessuti, lo smalto risente meno questa influenza.

Tali sono le esperienze delle quali, l'Autore, fece conoscere il resultato. Lungi dal volervi dare troppa importanza, egli stima, d'aver colmata una lacuna della terapeutica e dell'igiene della bocca, e che i pratici possano avere interesse a conoscerle.

La maggior parte delle soluzioni erano più concentrate di quelle che generalmente si impiegano; d'altra parte la durata delle esperienze oltrepassò il tempo dell'uso momentaneo di un medicamento, e queste sono obbiezioni che gli si potrebbero fare. Ma ha giustamente preferito esagerare le condizioni per fare conoscere subito i corpi che, essendo privi d'azione sui tessuti dentali, ponno essere impiegati impunemente e per così dire ad occhi chiusi, e lasciare poi ai medici, dei quali è eccitata l'attenzione, la cura di sorvegliare l'azione degli altri e d'apprezzare in quali condizioni e con quale pericolo possano consigliarli.

Il carvacrol come antalgico; del dott. H. L. Lage.

Fra gli agenti terapeutici introdotti nella pratica chirurgica non va dimenticato nemmeno il Carvacrol riescendo innocua la sua applicazione locale e potendosi usare internamente a minime dosi. Certo è che evaporato ad un dato grado di calore può cangiare l'effetto anestetico in velenoso « come avvenne al prof. W. che ne mise dieci goccie nel serbatojo della pipa piena di tabacco e dopo tre minuti che fumava provò una sensazione molesta all'occipite: dopo altri cinque minuti fece versare ancora dieci goccie di carvacrol ed un minuto appresso cadde bocconi siccome colpito da fulmine; e n'ebbe per molte ore di accessi di soffocazione, con cianosi, e parola difficile, che disparvero dietro l'uso di acquavite, tintura aromatica d'ammoniaca, di assafetida, fomenti freddi, e la respirazione artificiale, e così vi vollero parecchi giorni prima che potesse attendere ai propri uffici. »

Nell'odontoiatria si adopera come antalgico sui bulbi denudati e dolorosi e riesce contro l'iperestesia dell'avorio; agisce come escarotico, adoperato solo, negli ascessi alveolari; serve a disinfettare i canali delle radici, come anche a bagnare i trapani per diminuire la sensibilità prodotta dall'attrito. Egli è anche un prezioso dissolvente della guttaperca per l'otturamento delle radici. Concentrato o diluito è un potente rimedio sulle mucose infiammate, nelle ulceri gangrenose, non che qual gargarismo nell'angina tonsillare alla dose di sei goccie in trenta grammi d'acqua.

Rimedio contro l'odontalgia; del dott. C. C. Croumer. (*Medical and Surgical Reporter*).

Si prende di Cloralio idrato.
Acqua pura q. b. per scioglierlo.
Tintura di radice d'aconito.
Cloroformio.
Etere solforico.
Alcoole rettificato, ana parti eguali.

Con piccola quantità di questa mistura si soffrega la gengiva e ver-

sandone due goccie sulla bambagia la si introduce nella cavità del dente. Si usa anche internamente facendone prendere da 15-30 goccie collo zucchero agli adulti e da 2-10 goccie pei bambini. È efficacissima quando si ripeta a brevi intervalli e diminuendone la dose.

Goccie antiodontalgiche; del dott. Q. C. Smith. (*London Med. Record*).

Si prende: soluzione satura di acido fenico, soluzione satura di cloralio idrato; estratto di aconito liquido, ana grammi 30; miroleo di menta piperita, grammi 15. — Si bagna una pallina di bambagia od un pezzo di esca e si preme entro la cavità del dente.

La gengivite delle donne gravide; del dott. Pinard. (*Il Morgagni*, giugno 1877).

Il dott. V. Maggioli forniva, in una corrispondenza scientifica, al detto periodico un sunto della memoria del chiaro ostetrico di Parigi, importante e per la novità del lavoro e per l'utilità pratica. Eccone le precipue note:

Pressochè tutte le donne gravide offrono le gengive iperemiche, enfiate, soprattutto nel bordo libero infradentario e nella parte anteriore e convessa delle due ossa mascellari che non in corrispondenza dei denti molari. Al minimo tocco danno lievi emorragie, e, quando la lesione è maggiore, i denti talvolta cadono, come per la gengivite espulsiva

La masticazione comincia ad essere incommoda, poi penosa e difficile in ragione diretta della profondità ed estensione del male. Durante la gravidanza la massa totale del sangue è aumentata nella donna, le pressioni nei vasi, negli organi contenuti, nella pelvi, si fanno più o meno sentire per causa dell'utero che aumenta di volume; perciò le iperemie attive e passive sono più frequenti in tale stato; così si spiega come possano avvenire l'enfiagione ed il rammollimento delle gengive, che d'altronde furono osservate, durante le mestruazioni, dal dott. Pelestre. Vanno più soggette: quelle che hanno avuto altre gravidanze e sono deboli, linfatiche; più verso il quarto mese di gestazione, che prima, per terminare spontaneamente uno o due mesi dopo il parto se non allattano. Secondo l'Autore, la cura è locale. Furono usati successivamente, la soluzione di jodio più o meno concentrata, il glicerolato di tannino, il clorato di potassa per collutorio, l'acido cromico poco diluito, ma, se questo è difficile ad impiegarsi, quelli, benchè utili, non hanno prodotto una rapida e completa guarigione. Essa si ottiene colla formola seguente: Pr. Idrato di cloralio, alcoolato di coclearia, ana, parti eguali.

Se havvi tartaro, depositato sui denti, bisogna levarlo, indi si applica, ogni uno o due giorni, la soluzione indicata sul bordo libero delle gengive per mezzo d'un fiocco d'ovatta che serve da piccola spugna fissata sull'estremità d'uno stiletto. La medicazione non è guari dolorosa, lieve è la cauterizzazione poichè l'escara bianca scompare fra le ventiquattro e le trentasei ore successive.

La durata della cura, in media, e di dodici giorni. Il dott. Maggioli crede poi opportuno di far concorrere l'uso continuato di collutori di

clorato di potassa all'1 0|0 non che la cura tonica generale, massime nei casi ribelli e nelle donne di costituzione indebolita.

Odontoma; del dott. Panas. (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1876).

Un giovane diciassettenne subiva l'estirpazione di un tumore del mascellare inferiore a sinistra. Esso datava da lungo tempo ed era di volume discreto. Un anno dopo l'operazione, non eranvi indizj di riproduzione, benchè si trattasse di un fibroma con nodi duri, senza smalto nè avorio, e Panas suppose essersi prodotto a spese del 12° dente molare. Magitot però sostiene che sia nato dal follicolo del dente di sapienza e Forget rivendica la priorità in siffatti tumori, che egli descrisse venti anni addietro, col nome di *tumori alveolo-dentari* e dei quali dimostrò la benignità. Non deve quindi meravigliarsi il difetto di riproduzione. Ad ogni modo, in questo caso trova conferma il principio che cioè i tumori maligni vanno operati con sollecitudine perchè soltanto allora la riproduttività è meno possibile.

Osservazione d'una cisti follicolare del dente di sapienza inferiore; contributo alla storia delle cisti dei mascellari del dott. Eugenio Guerard. (*L'Union Médicale*, 20 e 27 agosto 1878).

Previo un riassunto storico di codesta speciale malattia, lo studio della quale rimonta a Sculteto nel 1654 e ripreso verso la fine del diciottesimo secolo da Runge, Bordanave, Morelot e Jourdain, ai quali nel nostro secolo tennero dietro Delpech e Dupuytren a considerarla dal punto di vista clinico-chirurgico, lasciandone da parte lo studio della patogenesi, l'Autore accenna: come fosse primo il Forget (1840) nella sua tesi inaugurale a mettere in evidenza questo fatto; Guibout (1847) fosse il primo a concepire l'ipotesi che una cisti dei mascellari potesse avere origine da un follicolo dentale; e Magitot (1872) ne desse per primo la storia completa ed una classificazione precisa basata sull'anatomia e lo sviluppo dell' organo dentario. (Stimo inutile di quì riprodurla, rammentando d'averla io già estesamente fatta conoscere, ai nostri lettori, nella Rivista di odontojatria dell'anno 1874. T. II. pag. 544 e seguenti).

Il Magitot infatti è il solo Autore, il quale ammetta che tutte le cisti dei mascellari, eccetto quelle che si sviluppano attorno a' corpi stranieri, abbiano per causa unica il sistema dentale. Poco dopo, altri autori sembra dividessero intieramente le idee di Magitot. Duplay. in una delle sue lezioni cliniche pubblicate nel (*Progrès Médical*, 13 aprile 1878) rapportando un fatto molto analogo con quello dell'Autore, dice: che oggidì è universalmente ammesso che quasi tutte le cisti dei mascellari hanno un'origine dentaria.

Più recentemente ancora (17 giugno 1878) il dott. Chiron, nella sua tesi intitolata: *Essai sur les kystes des machoires*, ne fa una descrizione completa, addotta la classazione di Magitot, e dice: Noi riguarderemo le cisti dei mascellari come legate ad una alterazione sia del periostio alveolo-dentario, sia del follicolo a' suoi differenti periodi.

di pergamena; fortemente adeso al mascellare, limitato in avanti da un angolo sporgente, in dietro è diffuso nello spessore della branca ascendente ed apofisi coronoidea. Nella bocca il tumore sporge assai nel vestibolo sollevando la mucosa sino a livello della corona dei denti e sino al limite dell'apofisi coronoide. Il bordo alveolare è di poco sollevato dal tumore. Sulla faccia interna del mascellare, trovasi un'altra sporgenza del volume di una noce assai dura ed aderente.

Sulla parte più prominente, nel vestibolo, si osserva un pertugio del calibro simile ad una capocchia di spillo, pel quale introdotta una tenta ricurva ad un capo si accerta essere il tumore cavo a pareti esili. Dal pertugio, che si è fatto da pochi giorni, cola un liquido siero-purulento assai fetido ed incomodo al malato.

Osservando le arcate dentali, superiormente la dentizione è completa; ma a destra il primo piccolo molare, il secondo grosso molare ed il dente di sapienza sono cariati. In basso la dentizione non è completa non essendo sortito il dente di saggezza destro; manca a sinistra il primo grosso molare che fu estratto; a destra i due grossi molari sono cariati ed indolenti.

Prescritti dei gargarismi antiputridi per sei giorni, il 28 gennaio estrasse il secondo grosso molare; le sue radici erano sane nè dall'alveolo si potè comunicare colla cisti. Perciò esclusa l'idea di una cisti periostica.

L'andamento rapido del tumore, il liquido fetido che sorte dall'apertura avvenuta spontaneamente, potrebbe far dubitare della natura maligna del male; ma l'età, la nessuna precedenza diatesica, l'integrità della pelle e della mucosa sopratutto, l'assenza del dolore e d'ingorghi ganglionari bastano ad eliminarne l'ipotesi. La non comparsa del dente di saggezza solo da questo lato, mentre gli altri erano già sortiti da parecchi anni, chiarisce il diagnostico.

Il 30 gennaio si decide all'operazione in concorso al prof. Notais (della Scuola medica d'Angers). Previa cloroformizzazione della malata, incise la gengiva nel vestibolo per il tratto di cinque centimetri. Scollato il periostio e la mucosa su una gran parte della faccia esterna del tumore, escise un segmento della parete ossea, per produrre una più ampia apertura. Spinto allora un dito nella cavità, ebbe a constatare che essa era tapezzata da una membrana esile e non aspra, oltrecchè esistevano due prolungamenti ad infondibolo, l'uno anteriore nello spessore del corpo dell'osso, l'altro posteriore nella base dell'apofisi coronoidea. I diametri del sacco erano: da 7-8 centimetri l'antero-posteriore, di 5 il trasverso. Il tatto non indica presenza di dente. — Cura: zaffo di cotone imbevuto di percloruro di ferro, per arrestare una lieve emorragia; 31 mattina, poca febbre, guancia gonfia, pelle rossa, lucente, tesa; edema della palpebra inferiore; frizioni mercuriali alla guancia e cataplasmi di fecola. Sera, polso 120, abbattimento, dolore vivo a livello del tumore — pozione narcotica, — 1 febbraio, polso 80, diminuita la flussione un purgante; tampone ed irrigazioni d'acqua alcoolizzata; 2 detto,

miglioramento; 3 detto: nello spessore del sacco si avverte un corpo duro, resistente in corrispondenza all'angolo della mascella. Dopo averlo scoperto coll'unghia dalle materie che lo avvolgono, mercè ad uno specchio laringoscopico rischiarato dal riflessore di Mathieu, constatò la presenza del dente di saggezza racchiuso nelle pereti della cisti. Il 5 fece inutile tentativo d'estrazione; ed il 6 con una tanaglia curva potè fare buona presa ed estrarlo.

È il dente di sapienza perfettamente conformato, colle sue tre radici presentanti ciascuna alla loro estremità una curva tanto pronunciata che è ripiegata sopra sè stessa per due a tre millimetri dal loro apice. Questa curvatura deve essere attribuita inevitabilmente alla resistenza che le radici hanno incontrata, al principio della loro formazione, sul piano osseo che limitava il sacco e sul punto d' impianto del dente. Al colletto di questo osservossi un piccolo lembo membraniforme a mo' di collare e rappresentante frammenti di parete cistica con esso evulsi. Irrigazioni e tamponamento con cotone asciutto. Dopo cinque mesi dalla operazione, il tumore erasi ridotto al sesto del suo volume. La cura consistette in frequenti lavacri d'acqua alcoolizzata o di soluzioni antisettiche e sulla guancia una pressione continua con una mentoniera in caoutchouc elastico. Qualche injezione jodica. Scomparsa ogni traccia di tumore alla regione parotidea, quel poco che rimane, in basso ed avanti, è sperabile che fra qualche mese abbia pure a dissiparsi.

Codesto metodo curativo è identico a quello preconizzato da Magitot nei casi di cisti uniloculari. Confrontando il resultato soddisfacente di questi con quelli somiglianti del citato Autore si può convincere che quasi tutte le cisti uniloculari ponno guarire, in un tempo più o meno lungo, per la puntura, ripetuti lavacri, drenaggio, senza ricorrere alla resezione dell'osso, operazione di una certa gravezza.

Nel porre fine all'osservazione, il Guérard, ricorda quella di Duplay nella quale trattavasi di cisti follicolare, sviluppata al lato destro della mascella inferiore, di volume considerevole, che estendevasi pure in tutto lo spessore della branca montante dell'osso. Dopo l'ablazione del tumore si è constatata egualmente la presenza di un molare impiantato sulle pareti del cistico. Quest' ultimo caso che viene registrato, aggiunto ai numerosi fatti anteriori, servirà a confermare una volta di più la teoria del Magitot sulla patogenia delle cisti dei mascellari.

Studio sulle cisti del mascellare inferiore; del dott. C. Reynaud. (*Adrien Delahaye*, opuscolo in 8° di pag. 86, lib. edit. Paris).

L' Autore basa le sue riflessioni sopra dodici osservazioni, raccolte per cura dei dottori Rémy, Bodin, Desgranges, Richet, Dupuytren, Lisfranc, Malgaigne, Valette, tre sole delle quali dentifere. È una buona ed erudita monografia, la quale comprende la storia e patogenia, l'anatomia e fisiologia patologica, l'eziologia, la sintomatologia, andamento, durata e terminazione, la diagnosi, il trattamento. Egli spera che il suo lavoro abbia ad essere beneviso da' suoi giudici, non avendo voluto provare che

una sola cosa, cioè: che la clinica non può acconciarsi a dei precetti assoluti e che le dottrine formulate senza restrizione di rado sono innattaccabili; malgrado la sua potente erudizione, l'estrema chiarezza delle sue deduzioni, il Magitot è andato troppo lontano negando l'esistenza delle cisti non dentali. Perciò l'Autore opponendogli delle considerazioni esclusivamente cliniche tende a far nascere dei dubbi in coloro che furono sedotti dalla lettura dell'ammirabile monografia del Magitot.

Ritenuta come parte più importante di codesto libro, il diagnostico, seguiamo l'Autore nè suoi criterii di utilità pratica. Tratta, nella prima parte del capitolo quinto, dei mezzi per distinguere i tumori diversi, che ponno svilupparsi nel mascellare inferiore, da quelli che si potrebbero confondere colle cisti; nella seconda parte viene ad indicare i segni differenziali fra le varie cisti e specialmente quelle che daranno al chirurgo il diritto d'affermarne l'origine non dentaria. Numerevoli assai sono i tumori che ponno nascere nel mascellare: quali gli *aneurismi* dell' arteria dentale inferiore, gli *odontomi* nelle loro diverse specie, i *fibromi* i *condromi* e loro divisioni; gli *osteomi*, i *sarcomi* (epulidi ed interossei) il cancro; ma allorquando le pareti ossee non saranno depressibili, la diagnosi differenziale fra essi e le cisti può essere considerata come impossibile. La crepitazione appartiene a quasi tutti i tumori solidi del mascellare inferiore, ma nessuno di essi, se non è la cisti, non è fluttuante.

Non bastando però lo stabilire che abbiasi a fare con una cisti, importa determinarne la natura e ciò dall'indagine.

Cisti periostiche. — Sono dolorose per la periostite e lo stiramento della polpa dentale. Questi tumori sono piccoli ed hanno sede verso il bordo alveolare, rassomigliano affatto gli ascessi alveolo-dentari ed hanno la medesima origine. Il rammentare un trauma, l'avulsione incompleta di un dente, una otturazione intempestiva, può chiarire la diagnosi. Per lo più passano inosservati, si riconoscono spesso levando il dente che duole; in tal guisa si dà escita al liquido che costituisce il tumore.

Inoltre sappiamo dall'anatomia patologica che nella cisti si trova una membrana propria che costituisce una differenza capitale fra le cisti e gli ascessi alveolo-dentali.

Cisti follicolari. — L'età del malato, l'assenza di un dente a livello del tumore devono far sospettare d'una cisti follicolare con inclusione dentale. Ciò non pertanto non è sempre così semplice il fatto e talvolta uomini d'esperienza si lasciano imporre dai sintomi che presentano questi tumori. Questo asserto è dimostrato, in una osservazione comunicata da Valette, in un giovane di 20 anni, ammalato da 18 mesi di tumore lentamente cresciuto sulla branca orizzontale sinistra del mascellare, con dolore vivo continuo divenuto insopportabile. Il tumore è duro, osseo, non depressibile nè crepitante. Diagnosticato per sarcoma midollare decidevasi per la resezione del mascellare inferiore. Il tumore è

rappresentato dal sollevamento della sola lamina esterna. I denti sono sani, manca il penultimo molare sinistro che non fu mai estratto. Si fa una puntura d'esplorazione, ne esce liquido limpido, filante. Previa la anestesia, si fa una incisione verticale, dalla commissura labiale sino al bordo inferiore del mascellare, ed una orizzontale, lungo il bordo inferiore sino all'angolo del mascellare, si disseca il lembo che mette a nudo il tumore. Occorre il punteruolo per forare l'osso, poi si apre la cisti che ha 5 centimetri di diametro massimo e 3 1[2 di minimo, nel fondo si scorge un dente che viene estratto colla tanaglia non senza difficoltà insieme alla parete anteriore della cisti. Medicazione semplice, guarigione in 52 giorni.

Cisti non dentarie. — Oltre a 30 anni è raro d'incontrare una cisti dentale, benchè siasi segnalata una cisti periostica in un vecchio di 70 anni. Comunque sia, l'età avanzata è un buon segno in favore delle cisti non dentarie. Nel loro andamento esse sono indolenti, progrediscono assai lentamente, non danno i vivi dolori delle cisti periostiche nè quei dolori acuti che eccezionalmente si osservano nelle cisti dentifere. Allorchè si avrà a trattare un malato sui 40 anni, che ha tutti i suoi denti, senza carie, nè periostite, ma con un tumore del mascellare, duro, talora fluttuante, indolente, senza cambiamento di colore alla pelle, non aderente, senza ingorghi glandolari, si potrà affermare di avere sott'occhi una cisti non dentaria. Ma è assai difficile lo stabilire il diagnostico fra le cisti uniloculari e le multiloculari; amendue danno crepitazione ossea, che non è dato patognomonico; la fluttuazione è ancor più difficile a rilevarsi in quelle multiloculari; tuttavia l'errore di diagnosi, non è che di grado, esigendosi l'identico trattamento per queste e quelle.

Modificare e distruggere sono i due indirizzi terapeutici, da tempo memorabile addottati, e conservati anche oggidì, ma il modo d'operare va discusso. Bordenave limitavasi ad aprire le cisti, togliendo i denti, curandole poi con injezioni di sostanze disinfettanti e modificatrici più o meno attive. Jobert (de Lamballe) vi injettava la tintura di jodio: i funesti effetti di tale metodo per le cisti del capo (morte per soffocazione) trovano analogia per le cisti dei mascellari: l'infiammazione che si accende è eccessiva e non si può dominare perchè vi è strozzamento per l'osso e per i tessuti fibrosi; allora i dolori sono intollerabili, il processo supurativo ne sorprende colle sue terribili conseguenze. Fergusson dimostra che l'ammalato in questione dovette soccombere in seguito ad un'injezione jodata, praticata da un collega imprudente. Di più è legge chirurgica che le cavità morbose debbono essere aperte nella loro parte inferiore per ottenere il libero scolo dei liquidi. Benchè il metodo di Runge, riferito da Bordenave, sia il più semplice, facile e rapidamente efficace, non è però il più sicuro; e lasciando da parte la difficile e pericolosa applicazione dei caustici, allorchè si opera nel cavo ovale sarà da preferirsi, supposta una cisti superficiale dentaria, l'escisione con forti cesoje della parete esterna e poi con una sgorbia distruggere il resto

della parete interna. Così resta una piaga semplice, larga, aperta, che cicatrizza agevolmente. L'operazione è poco dolorosa e non espone alla compressione del nervo dentario inferiore che provoca sofferenze contro le quali siamo insufficienti. Quando le cisti sono alveolari, per l'avulsione del dente si sopprime in un atto e causa ed effetti. Richet, nel trattamento delle cisti dentifere, pratica così: 1° fa un'incisione semi-circolare che contorna l'angolo della mascella, in guisa che più tardi la cicatrice resta nascosta. Giunge subito sulla cisti; 2° con un perforatore, apre la cisti, dilata l'apertura da introdurvi un dito per sentire il dente Se non lo può, perfora la parete interna della cisti, per la bocca, e le scopre; 3° trovatolo, l'estrae colla tanaglia. Quando è svuotata la cisti e pulita, vi applica un setone-tubo per farvi delle injezioni con acqua alcoolizzata. In fine per favorire l'avvicinamento delle pareti della cisti, le deprime e le frattura anche se fa d'uopo. Per giudicare di tale metodo basta vedere gli stupendi resultati ottenuti dall'Autore e darvi la preferenza.

In tutte queste operazioni, che hanno per iscopo l'estirpazione delle cisti dentarie, bisogna aver cura di conservare la continuità dell'osso mascellare inferiore; altrimenti si vedrà l'estremità del frammento posteriore portarsi in dentro e in alto, senza che alcun apparecchio possa rimediarvi. Il chirurgo deve avere altrettanta cura d'evitare una frattura perchè la riduzione e coaptazione sarebbe, per così dire, impossibile e la sutura impraticabile a meno che il tumore fosse alla regione mentoniera. Si può quasi sempre rispettare il bordo alveolare servendosi di pinzette incisive o, come consiglia Fergusson, di piccole e brevi seghe, rette, o crestate, mercè le quali si può circoscrivere il tumore, ovvero praticare una sezione parallela al bordo inferiore dell'osso.

La terapeutica sarà ben diversa avendo a riscontro delle cisti dubbie o non dentarie. Qui senza tema d'esagerato occorrono i mezzi valevoli per i tumori maligni per la facilità alla degenerazione ed alla recidiva e ne sono rapportati da Paget (*Medical Times*, 1860) da Syme (*The Lancet*, 1855) dall'Autore nell'osservazione 11ª e da molti altri. Perciò, allorquando si ha presente una cisti multiloculare e che si presume di non considerarla come d'origine dentale, devesi, alla mascella inferiore, seguire la stessa pratica che per l'epulide, cioè: esportare tutta la lesione e si deve sacrificare una gran parte od anche la metà del mascellare inferiore. E per quanta distensione abbia la pelle sul tumore non devesi esportarne la più piccola parte. È al Verneuil che dobbiamo la modificazione di operare simili tumori dall'esterno, potendosi così eterizzare il paziente, dissecare completamente il tumore sotto la mucosa e terminare più prontamente l'operazione.

In egual modo vengono divise la fisiologia e l'igiene del parto per le natiche, per la faccia e per la spalla. A tutta prima sembrerebbe che anche il parto per la spalla dovesse classificarsi fra il fisiologico, secondo il nostro Autore: ma egli stesso subito ci avverte che se le presentazioni della sommità delle natiche e della faccia offrono un parto sempre spontaneo, quella della spalla costituisce un vero caso patologico.

La quarta parte è costituita da un riepilogo e conclusioni. Ci rincresce che la ristrettezza dello spazio ci vieti di darne un sunto dettagliato: per cui chi desidera consultare l'operetta del dott. Pajusco farà bene essendo un libro chiaro, le materie sono bene disposte, e il medico troverà facilmente nel momento del bisogno le questioni che lo interessano, per cui l'Autore può essere contento di avere raggiunto lo scopo che si era prefisso cioè di offrire agli studiosi una guida, che consultata in qualsiasi caso si presenta nell'ostetricia, possa render conto di questa e quella condizione del parto in qualunque tempo del suo andamento, qualunque sia la presentazione e posizione. GUELMI.

Memorie e documenti per la Storia dell'Università e degli uomini più illustri che v'insegnarono. — *Parte I, Serie dei Rettori e Professori con annotazioni:* Pavia, Stabilimento tipografico-librario Successori Bizzoni, 1878 4.° grande (P. VIII, 618).

Con questo volume, primo nella serie ma terzo in ordine di tempo, si compie il nuovo contributo alla Storia dell'Università pavese: gli altri due volumi, che lo precedettero, comprendono i *Documenti relativi agli avvenimenti più memorabili* dell'Ateneo medesimo (Vol. II) e le *Lettere de' Professori più illustri* (vol. III), delle quali fu già fatto cenno in questi Annali (vol. CCXLIV, p. 389).

Alla pubblicazione dell'opera attese una Commissione presieduta dal Rettore prof. Alfonso Corradi; con il proposito non di dare la storia intiera dell'Università di Pavia, chè ciò non sarebbe possibile se non dopo lunghe e assidue ricerche negli Archivj e particolarmente in quello di Stato in Milano dove la maggior parte delle carte attinenti all'Università stessa stanno raccolte, ma piuttosto di prepararne i materiali e rendere più agevole l'opera desiderata a chi, fornito di maggiori mezzi e di maggior agio, si sentisse animo d'imprenderla. « Nello stesso modo, così è detto nella Prefazione, che noi accrescemmo ed emendammo l' opera di chi ci precorse, chi verrà dopo accrescerà e correggerà la nostra, non altrimenti potendo essere un lavoro collettivo (1); il quale non

(1) Nella 1.ª Parte le serie dei Rettori e dei Professori antichi venne compilata con varie annotazioni del sacerdote Cesare Prelini; degl'insegnanti posteriori al 1752 della loro vita e delle loro opere occuparonsi per la *Facoltà di Medicina* il Prof. Corradi, di *Giurisprudenza* il Prof. Nova, di *Scienze fisiche e matematiche* il Prof. Beltrami, di *Filosofia e Lettere* i Professori Zoncada (Sezione di Letteratura), Magenta (Sezione di Storia), Nova (Sezione di

ferma, nè chiude un'opera, ma piuttosto la prepara adunando notizie e materiali. Alla quale impresa movemmo spinti dal desiderio di contribuire al grande edifizio della storia delle Università italiane, che pur sono, giova ripetere, tanta parte, sebbene non ancora pienamente estimata, nella vita scientifica e letteraria della nazione. Parvo altresì di non lasciare sfuggire occasione per servire ed onorare la patria comune: *cur somno inerti deseram patriae decus?* (1). »

Ma venendo ai particolari, che direttamente possono importare a'medici, notiamo la *Serie cronologica dei Professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dall'anno 1362 al 1752* esposta in forma di Prospetto in cui sono indicati la *patria*, la *materia dell'insegnamento* e l'*anno primo dell'insegnamento medesimo*, e più sono aggiunte opportune dichiarazioni, aggiungendo ed emendando quanto intorno ad essi ebbe a dire il Parodi nel suo *Syllabus*; il quale termina appunto al 1752. Da quest'anno in poi incomincia la *serie nuova*, o de' *Professori moderni*, illustrata con note biografiche e bibliografiche; note che in sostanza le molte volte sono vere ed intiere biografie, non già elogj nel comune significato, poichè dove occorra non manca l'osservazione critica e la stessa censura. Tali commentarj riguardo a' medici, vanno dalla pag. 207 alla 292, ed hanno speciale importanza perchè scritti, per molta parte, con l'ajuto di documenti inediti, o poco noti. Così poterono correggersi i molti errori che corrono nelle vite che si hanno del Moscati: nuovi particolari s'aggiunsero alla vita del Rosa, e più ancora a quelli del Borsieri, del Tissot, dello Scarpa, di Giampietro Frak, di Giovanni Rasori, di Bartolommeo Signoroni, e via dicendo.

Le opere e i meriti dello Scarpa non aveano d'uopo di annotazioni perchè insigni, e così i casi della vita di lui perchè narrati da parecchi di cui taluno fu dello stesso celebre uomo confidentissimo; e però non rimaneva che indagarne la *vita morale*, alla cui soglia fermaronsi i biografi forse temendo che in tali intime ricerche scapitasse il valore della vita scientifica, o forse anche perchè mancavano di sufficienti documenti per giudicarla. Ma poscia che questi poterono aversi, e nuovi e sicuri, parve al prof. Corradi, che anche quel lato della vita dovesse considerarlo. E lo considera risoluto, ma con imparziale discrezione. E però non tace le arti con cui il grande anatomico seppe accortamente rendersi in ogni tempo presso i governanti, francesi o tedeschi, imperiali o repubblicani, consigliere accettissimo; ed avere tra i colleghi autorità, e potere, che i contrasti del tempo, anzi che scemare, accrebbero: non tace che la nota

Filosofia e Lingue orientali). Della Facoltà teologica trattò il suddetto dottor Prelini. — Attesero alla 2.ª Parte, cioè alla raccolta e ordinamento dei Documenti, sì riguardo all'Università, come ai Collegj degli studenti, il Nob. Cav. Camillo Brambilla e il Dott. Carlo Dell'Acqua; della 3.ª (Epistolario) ebbe cura il Prof. Corradi.

(1) Phaedri, Fab. Lib. III. Prol. V. 55.

cabala contro lo Spallanzani venne, se non ordinata, avviata dallo Scarpa; il quale poi, più furbo degli altri, date le mosse si ritrasse, lasciando che i meno cauti avessero la peggio. D'altra parte avverte che il tempo e le sventure ricomposero gli animi: Scarpa assistette premurosamente Spallanzani infermo, che pochi mesi prima gli aveva data pubblica prova dell'*alta stima* e *verace amicizia*, nominandolo per primo a Rettore dell'Università; ed annunziandone la morte al Ministro degli affari interni, lamentava che l'Università, perdendo *sì dotto e celebre professore*, avesse fatto *perdita irreparabile*. E l'Università di Pavia deve allo Scarpa non solamente la celebrità della scuola anatomica e chirurgica, ma ancora di essere stata *salvata dalle rapine* nel famoso sacco del maggio 1796: « ei seppe governarla in tempi difficilissimi; e la considerazione di questi, siccome degli uomini co'quali ebbe a convivere, dee pur aver giusto peso, quando si voglia giudicare del carattere e delle azioni di lui. In ogni modo poi le ombre dell'uomo si dileguano, come sopra vi cade lo splendore dello scienziato (p. 233). »

Importantissime le notizie intorno a Giovanni Rasori, sfuggite alla diligenza de'biografi, e che meglio possono chiarire i casi, il carattere e le azioni d'uomo, il quale ebbe vita fortunosa in tempi agitatissimi, e forse non fu *aequa lance* giudicato, siccome neppure spassionatamente s'è ricercato ciò che possa tuttavia tenersi delle sue dottrine specialmente nel dominio della farmacologia: per buona ventura dai nuovi documenti il Rasori esce migliore di quello che apparve o venne giudicato. Rasori fu non poche volte, temperato e perfino generoso rimpetto a' suoi avversarj; così le amare *Osservazioni*, ch'egli contrapponeva al *Discorso* del Moscati, andato ad occupargli il posto di Clinico in Pavia, non vollero fossero ristampate in un momento che la sventura avea colpito quello che allora appariva il suo più fiero nemico (e forse in realtà non lo era tanto, quanto altri che di soppiatto operavano), e neppure quando esso non fu più tra i vivi. Ed a rimuovere il Rasori da Pavia furono adoprate le peggiori arti; ma più che le calunnie ed i lazzi stava a danno del nuovo professore, *fanatico per rendersi originale*, la grave informazione del Rettore Scarpa al Presidente del Direttorio esecutivo, nella quale quegli era segnato come uomo che tendeva a *singolarizzarsi per via di voli, d'immaginazione, sprezzando tutto ciò che abbiamo di più certo in fisica anatomica, sulle quali basi posa principalmente la medicina* (p. 248). Eppure il Rasori due anni prima s'era adoprato perchè lo Scarpa rimanesse a Pavia, e insieme co'suoi amici avea concorso a farlo nominare Rettore (p. 250). Se non che il Rasori a Pavia non solo della medicina ippocratica fu *implacabilis osor*, ma di tutti e di tutto sprezzatore; e però gli offesi vollero, più che resistere e vincere, vendicarsi; onde che si giunse a muovergli contro quella stessa scolaresca, che pur l'avea voluto Rettore magnifico; quella gioventù con cui avea inneggiato alla libertà, bruciando insieme *tutte le insegne di realismo e d'aristocrazia*; della quale avea presieduto i pranzi patriottici, e per

la quale, chiamandola speranza della Repubblica nascente, aveva invocato dal Governo lodi ed incoraggiamenti (p. 247)!

Di Vincenzo Racchetti, il celebre Autore della *Teoria della prosperità fisica delle nazioni*, leggiamo questo giudizio: « Uomo di vasta dottrina; ingegno acuto, sottile, ipercritico, mente speculativa, che nelle generalità, per certo desio del sublime, compiacendosi, perdeva di vista i particolari, o li traguardava alla luce di principj assoluti; animo appassionato della classica antichità, con le idee d'altri tempi, spesso giudicava del presente (p. 260). »

E venendo a' più recenti, del Porta, giustamente se ne applaudono i meriti come scienziato, maestro e benefattore dell'Università di Pavia; ma non si nasconde che in tutto il suo contegno teneva egli qualche cosa di singolare, di strano ancora, onde che ne' giudizj neppure serbava la debita serenità e temperanza d'animo (p. 280).

A tali annotazioni biografiche formano complemento le lettere raccolte nel III volume delle *Memorie suddette*: per esse gli uomini di cui si ricorda la memoria possono essere giudicati non diversamente da quello che per natura furono, o per proposito vollero essere.

Splendida è l'edizione dell'opera, fatta anche più pregevole per esserne stati messi in commercio soltanto pochi esemplari presso la Tipografia e Libreria Bizzoni in Pavia.

BALMANNO SQUIRE. — **Atlas of the diseases of the skin; Part I**, London 1878.

Sotto questo titolo l'Autore tratta di alcune affezioni cutanee, primo fra le quali del nevo-materno vascolare piano. Dopo di essersi brevemente intrattenuto sulle idee generali di questa affezione, da non confondersi colla *angiectasia*, ne riconosce la divisione in due specie, il nevo-materno vascolare, costituito da una ipertrofia, o meglio da una nuova formazione locale di vasi della pelle, ed in pigmentario, di cui carattere è ognora l'ipertrofia del pigmento e talvolta quella dei peli. L'Autore si estende sul trattamento terapeutico, il cui scopo è di togliere il vizio, senza che il risultato renda l'infermo più deforme di quanto lo rendesse l'originale alterazione. — Di qui la necessità di produrre una cicatrice superficiale e piana. — L'Autore fa alcune considerazioni sui varii processi adoperati fino ad ora, dell'innesto vaccino, degli acidi, ecc., soffermandosi sul processo delle punteggiature del nevo con aghi prepreviamente portati al calor rosso ad una fiamma di spirito o mediante la corrente costante elettrica. — Tutti questi modi sono da abbandonarsi lasciando essi per conseguenza una cicatrice. — L'Autore propone un metodo che crede intieramente nuovo, col quale prefiggesi di modificare la struttura della porzione di pelle affetta, distruggendo, cioè, i vasi, arrecando una minima lesione agli altri tessuti che concorrono a formare la cute. — Il processo consiste semplicemente nello scarificare ripetutamente la parte di pelle malata, con un certo numero di tagli

paralelli e superficiali. — Ad ottenere ciò l' Autore si serviva primieramente di un ago da cataratta, ma esso essendo non privo di inconvenienti, l'Autore propone un istrumento col quale produce una serie di incisioni ad una volta. Esso risulta di uno scalpello piatto, con lame molteplici, piccole e parallele, avvicinatissime, così che in un tratto solo vengono ad essere prese ed incise larghe porzioni di pelle, arrecando meno dolore e rendendo l'atto più spedito e pronto. L' emorragia che ne segue è poca e facilmente frenabile. L' anestesia locale rendendo la pelle più resistente e coartata, agevolerebbe l' atto operativo, al quale non occorre medicatura consecutiva. — L'Autore riporta in seguito casi da lui felicemente operati, in uno dei quali la macchia estesa a tutta la metà della faccia, era seminata da molteplici noduli.

Nello stesso volume e quale secondo argomento, l'Autore tratta della psoriasi diffusa, parlando estesamente e della sua frequenza, e delle varie forme sotto le quali questa affezione della pelle si presenta assumendo i relativi caratteri e termini di, guttata, nummularis, gyrata, diffusa e circinnata. — La profusa formazione di masse epidermiche distaccantisi nella psoriasi, è il risultato di una essudazione per cronica infiammazione dei tessuti della pelle. — Le papille sono considerabilmente ingrandite di tre, quattro volte il loro volume normale, distesi i loro vasi. Il corion e le papille sono completamente infiltrate di abbondanti nuovi elementi, principalmente attorno ai vasi. — Simile ipertrofia delle papille, che non è peculiare alla psoriasi, ma anche ad altre malattie croniche della pelle, quali prurigo e eczema, e le masse epidermiche danno un peculiare aspetto all'affezione, tanto da renderne facile la diagnosi, quantunque si possa confondere colla psoriasi sifilitica, coll'eczema, col lichen. colla pitiriasi, coll'erpete circinnatus. L' Autore dopo avere largamente esposta la diagnosi differenziale fra le suindicate affezioni, ne tratta della cura. — Dietro alla condizione che la psoriasi sia una malattia generale *solamente della pelle* l'Autore crede più efficace l'applicazione locale del rimedio, di quella che sia la cura interna dei preparati arsenicali, di fosforo, di sodici, ecc. Come rimedii esterni il creosoto la pece sola o sotto forma di unguento, i preparati mercuriali danno talora buoni risultati, l'Autore però propone il trattamento locale mediante l'acido crisofanico, sotto forma di unguento. Quest' acido è il principio attivo di un rimedio indiano (Goa-powder) e si riscontra in certi licheni. — Con simile mezzo terapeutico l'Autore riporta d'aver ottenuti splendidi ed inesperati successi, come lo dimostra in altro scritto (*On the treatment of psoriasis by au ointment of chrysophanic* acid 1878, nel quale da più estesi e minuti particolari di questo acido, del suo impiego e delle conseguenze). La formola usata è la seguente:

Acido crisofanico	2 grammi
Sugna depurata	20 »

essa pomata è più attiva se preparata a caldo. Pel modo di adoperarla

giova seguire alcune prescrizioni, e cioè, si levano dapprima le scaglie epidermiche mediante bagno, ed allorchè la parte è pulita si fanno seguire le unzioni. A queste succede un vivo rossore, con sintomi infiammatorii concomitanti ed edema e qualche vescicola, là dove la cute è più sottile. Un trattamento di qualche settimana è sufficiente a rendere e stabilmente, la pelle liscia, pulita, levigata, sana senza traccia alcuna del male. — Un altro modo di trattare la psoriasi, e ch'esso pure diede buoni risultati all'Autore, è quello dell'immersione prolungata nell'acqua, ma che ha l'inconveniente di esigere molto tempo. Anche per questo mezzo occorre primieramente togliere le croste epidermiche adoperando una piccola spatola, di cui l' Autore dà il modello. Quale complemento vengono riportate dettagliate storie di alcuni casi di psoriasi.

Tre tavole cromolitografiche ed alcune in legno nel testo rendono più pregievole e completo questo atlante, già per sè stesso importante per la ricchezza di cognizioni, per l'ordine ed il modo conciso col quale i singoli temi sono svolti. MORI.

BALMANNO SQUIRE. — **On the treatment of chronic eczema by a glicerole of the sub acetate of lead.** London 1878.

Secondo l'Autore due motivi lo spinsero a trattare del sottoacetato di piombo nella cura dell'eczema. — Primo il suo valore terapeutico, che lo rende superiore ai rimedii comunemente usati, e togliere quindi i dubbi che si hanno sulla sua reale azione, secondariamente per eliminare le attribuitegli conseguenze nocive. — Contrariamente a quanti ritengono l'eczema manifestazione di una condizione generale, l'Autore crede che dopo una breve durata della malattia, originata da qualsiasi causa, questa cessa dall'agire mentre la malattia è perpetuata per una condizioni acquisita dell'integumento. — Da ciò la necessità di una cura locale. — Seguendo tale concetto l' Autore adopera il sotto acetato di piombo che ha molti vantaggi a fronte dei preparati di zinco finora adoperati, perchè più astringente, cura più speditamente. — Le soluzioni nell'acqua trovano l'applicazione nell'eczema acuto, mentre sotto forma di pomate esso è più efficace negli eczemi cronici perchè preserva la mistura dalla secrezione permettendo un più lento passaggio del medicamento attraverso la pelle, e più che i grassi l' Autore raccomanda l'impiego della glicerina, come quella che si adatta più a penetrare nella cute. — Dopo avere passato in rassegna i varj modi di applicazione del medicamento in discorso e di averlo comparato ad altri, quali lo zinco, l'Autore conferma la sua opinione, essere il glicerolato di sotto acetato di piombo il rimedio di più generale applicazione negli eczemi cronici, giova ad ogni unzione far precedere una pulitura della parte per mezzo di una molle spugna con acqua calda. — L'oggetto infine del libro non è l'eczema per sè, e quindi analizzata tale affezione e considerata sotto viste generali e sul suo trattamento, ma solo ristretto alla questione dell'impiego del glicerolato di piombo quale soccorso terapeu-

tico nel trattamento della malattia: e sì fatto medicamento maggiormente troverebbe, secondo l'Autore, la sua applicazione negli eczemi cronici, varicosi delle gambe. MORI.

NECROLOGIA

LUIGI CINISELLI (1).

Dato luogo al dolore, che quanto più grande fa mute la parola e la mente, dobbiamo pacatamente riassumere i principali fatti biografici dell'illustre scienziato ed amico, che abbiamo perduto. Nato **Luigi Ciniselli** in Pavia nel 1803, nipote ad Alessandro Brambilla, che fu uno de' principali chirurgi d'Italia e d'Europa nel passato secolo, si fece inscrivere giovinetto nella patria Università tra gli studenti di matematica. Ma fuggendo le lezioni della scienza astratta frequentava assiduo, fervente le evidenti e positive dell'anatomia umana dimostrate con quell'efficacia di parola e di affetto, che sapeva il prof. Panizza, e studiò medicina.

Appena insignito della laurea medica e chirurgica fu eletto Assistente alla Scuola clinica ostetrica, poi a quella di chirurgia pratica con Lovati e Porta. Datosi alla libera pratica si allogò medico-chirurgo condotto in Codogno, e di là passò nel 1843 chirurgo primario nell' Ospital maggiore di Cremona. In questa seconda sua patria ebbe il Ciniselli i maggiori onori concessi ad un medico, i maggiori tributi di stima, d'affetto, di gratitudine per la sua capacità chirurgica, più presto unica che rara, pei suoi studi e lavori scientifici, e per la intelligente ed intemerata amministrazione. Qui egli diresse gli Ospitali militari nel 48, e

(1) Per ricordare il valente chirurgo, che seppe sì egregiamente valersi dell'elettricità come mezzo terapeutico, ci gioviamo delle parole del chiarissimo dott. cav. Francesco Robolotti pubblicate nel *Corriere cremonese* del 23 ottobre p. p. Vi facciamo seguire la nota delle pubblicazioni del compianto collega e collaboratore, senza pretendere di averle tutte comprese; veggansi per alcuni particolari le *Storie della Chirurgia e dell'Ostetricia*, del prof. A. Corradi.

nel 59 ridondanti di feriti e di ammalati, poi l'Ospital maggiore; qui presiedè il Comitato di soccorso pei malati e feriti in tempo di guerra, il Comitato medico cremonese, l'Instituto de' bambini lattanti e slattati fondato nuovamente, del Comitato promotore della Società per la cremazione de' cadaveri, Socio onorario di quella di Milano, e fu Vice Presidente del Consiglio Sanitario Provinciale.

Egli fu per tanti suoi meriti e servigi decorato col titolo di Cavaliere della Croce de' SS. Maurizio e Lazzaro, di quella della Legion d'onore di Francia, e fu aggregato come Membro corrispondente od effettivo alle Accademie o Società medico-chirurgiche di Torino, di Parigi, di Bologna, di Losanna, di Barcellona, all'Accademia fisio-medico-statistica, ed all'Instituto lombardo di Milano.

Non è facil cosa dar conto dei moltissimi Libri ed Opuscoli sparsi nei Giornali medico-chirurgici, o stampati a parte coi titoli di *Memorie*, *Note*, *Storie*, *Osservazioni cliniche*, che dal 1832 al 1875 pubblicò il Ciniselli, ed arricchì la letteratura medica italiana. Essi possono dividersi in quelli (e sono oltre i 23), i quali portarono utili modificazioni e miglioramenti nei processi operativi, e nella cura delle malattie appartenenti all'alta chirurgia, come ad esempio sul drenaggio chirurgico, sull'uso della legatura elastica e sul setone elastico in chirurgia, sulle resezioni, ecc. (1),

(1) L'egr. dott. V. Omboni, assai più competente di me, come esperto esecutore delle principali innovazioni chirurgiche del maestro Ciniselli, mi manda or ora più dettagliate notizie, che devo abbreviare per la natura di questo Giornale.

Nella resezione delle estremità delle ossa e sulle operazioni sottoperiostee il Nostro con dieci osservazioni proprie conferma l'importanza dei fatti del Larghi, e l'utilità di conservare gli arti. *Nelle amputazioni* di questi, *nei casi di necrosi invaginata*, il Ciniselli offre un caso di guarigione rispettando nell'amputazione metà del femore, e facendo tesoro delle proprietà riparatrici del periostio. Il Nostro inventò un *nuovo apparecchio per le fratture del femore nei bambini*, che fece sempre buonissima prova. Consiglia *la tropanazione del cranio* quando il trauma non è antico e v'abbiano sintomi paralitici. Insegnò il metodo della *compressione diretta nella cura degli aneurismi* indicando le regole per la sua applicazione efficace. Trovò le modalità più utili per l'applicazione più semplice e naturale del *drenaggio chirurgico*, dell'uso della legatura elastica e del setone elastico in chirurgia.

Il Nostro ideò una pila a corrente costante dotata di molta tensione

ed in quelli più numerosi (intorno ai 48), nei quali espone e sviluppa le sue scoperte ed applicazioni dell'elettrico, ossia della *Galvano-caustica chimica* alla cura degli aneurismi e dei tumori di varia indole. Non voglio tacere di due Memorie del primo ordine, colle quali illustrò la nostra Cremona, una s'intitola: *Osservazioni raccolte nella Sala chirurgica dell'Ospitale di Cremona*, e l'altra *Relazione intorno al Gabinetto anatomo-patologico dell'Ospitale di Cremona*. Nè voglio tacere, perchè torna in onor suo, che ora intendeva il Nostro a dare il riassunto de' suoi studi *prediletti*, delle sue operazioni cliniche, e delle sue Memorie scientifiche, *lavoro di trent'anni* (infatti li cominciò nel 1846 e 47), e già ne son stampati sette fogli. È diviso in due parti, la prima *Sulla teorica dell'elettrolisi colle sue applicazioni speciali nella cura dei tumori di varia indole*, la seconda *Sugli studi e le osservazioni intorno alla cura degli aneurismi mediante l'elettrico*.

Gli studj e gli esperimenti speciali svariati insistenti prepotenti di Ciniselli furono intrapresi perchè natura gli rivelasse i suoi segreti, per raggiungere il suo ideale di far progredire le scienze fisiche e sanitarie, amate *di grandissimo amore* da lui, e rendersi utile all'umanità. Egli provò e riprovò *l'azione chimica dell'elettrico* sopra i tessuti organici viventi, e le applicazioni più opportune e indicate della *galvano-caustica chimica* nella terapeutica chirurgica, insegnò di evitare i due formidabili pericoli, le escare della galvano-puntura, e le infiammazioni del sacco aneurismatico, e confermò la sua *teoria elettro-chimica* con esperimenti e fatti clinici. Egli inventò un proprio apparecchio eccitatore di correnti continue e costanti per meglio ottenere il suo intento di giovare e non nuocere. Nella cura degli aneurismi talvolta adoperò con profitto l'elettro-agopuntura, tal altra la

e di tenue intensità, indicata nelle Memorie *Nuovo apparato elettromotore ad un solo liquido, ed a corrente costante*, 1858, *Apparato*, ecc. *a forza costante ad usi medici e ad operazioni chimiche*, 1862, con qualche modificazione per renderla più attiva duratura semplice e meno costosa, *Sulla pila a corrente costante*, 1866, che schiva la locale reazione infiammatoria, *Sulle correnti galvaniche continue*, 1872, di più facile e comoda applicazione, avente azione debole, ma continua ed efficace per determinati morbi.

Oltre ai 17 medici, che adottarono con benefizio il metodo Ciniselliano per la cura degli aneurismi, l'Omboni annovera tre di Pietroburgo, due di Londra, due di Parigi ed uno di Losanna e molti altri italiani.

compressione diretta colla spugna, e n'osservò un' efficacia manifesta, ed un esito fortunato.

Nel 1864 il celebre chirurgo di Napoleone III, il Nélaton, presentò all'Accademia delle scienze di Parigi, come nuovo e suo, il *metodo di distruggere i polipi naso-faringei coll'azione elettrolitica o chimica*. Ma i suoi connazionali Tripier, Velpeau e Guérin rivendicarono al nostro Ciniselli il merito e l'onore, come la precedenza e proprietà della scoperta, e conchiusero che la cauterizzazione elettro-chimica del chirurgo italiano equivaleva a capello all'elettrolitica del francese, il quale *illustrò ciò che Ciniselli avea fatto più modestamente prima di lui* (« Gaz. méd. » 1864).

Intanto questi molteplici studi e lavori meritarono al nostro Ciniselli l'ammirazione, gli applausi e le benedizioni di molti scienziati, chirurgi e ammalati, che lo consolavano annunziandogli i felici esiti conseguiti col suo nuovo metodo e trovato, perocchè ben diecisette medici, tra i quali un inglese ed un americano, li misero alla prova. E lo consolarono anche molti malati d'aneurismi e d'altri malori, i quali da lontani paesi accorsi in Cremona per consultarlo, e farsi operare da lui n' ebbero guarigione o grande sollievo. Solo provò il povero Ciniselli grande afflizione ed abbattimento morale e fisico il giorno (due settimane prima di morire), che non potè visitare un signore aneurismatico venuto dalla lontana Barcellona, affralito com'era dalla malattia che progrediva.

Ti sia leggera la terra, e propizio il cielo, amico desideratissimo.
ROBOLOTTI.

Pubblicazioni del dott. cav. Luigi Ciniselli.

A. 1832. « Prospetto clinico dell'Istituto d'Ostetricia di Pavia per l'anno 1830-31. » — *Ann. univ. Med.*, 1832, LXIV, 28.

A. 1833. « De nervorum opticorum origine atque decussatione. » Diss. inaug. Papiae 1833.

A. 1834. « Prospetto clinico d'ostetricia pel 1831-32. » — *Ann. un. Med*, 1834, LXIX, 417.

A. 1835. « Storia d'una disarticolazione del ginocchio, ecc. » *Giorn. delle scien. med. chir.* Pavia 1835.

A. 1844. « Alcune osservazioni tratte dal catalogo delle preparazioni anatomo-patologiche raccolte nello Spedale di Codogno. » — *Ann. un. Med.*, 1844, CX, 281.

A. 1844-45. « Quanto valga lo zaffo nelle gravi emorragie per di-

stacco della placenta dall'orificio interno dell' utero. » *Gazz. Med. di Milano*, 1844, p. 184; 1845, p. 32.

A. 1846. « Aneurisma al poplite, trattato coll'elettricità. » — *Gazz. med. di Milano* 1846, p. 55, 100, 207. *Ann. un. Med.* CXVII, 442.

A. 1846. « Nota alla relazione dell'aneurisma popliteo guarito per mezzo della corrente elettrica. » — *Id.* 1846, CXVIII, 646.

A. 1847. « Sull'elettropuntura nella cura degli aneurismi. » Considerazioni pratiche. *Gazz. med.* Milano 1847, p. 9.

A. 1848. « Della cistotomia e del cateterismo. » — *Ann. un. Med.* 1848, CXXVII, 449.

A. 1848. « Osservazioni raccolte nel comparto chirurgico nell' ospedale di Cremona. » *Gazz. Med.* Milano 1848-51.

A. 1849. « Operazione di fimosi col metodo di Vidal. » *Ivi*, 1849.

A. 1850. « Resezione dell'estremità superiore dell'omero. » — *Ivi* e *Ann. un. Med.* 1850, CXXXIV, 659.

A. 1850. « Due osservazioni di aneurismi curate dal dott. Bossé e considerazioni pratiche. » *Gazz. med.* Milano 1850, N. 44.

A. 1854. « Intorno alla cura degli aneurismi coll' injezione di percloruro di ferro. » *Ivi* 1854.

A. 1855. « Sulla cura radicale delle ernie per mezzo delle injezioni jodate. » *Ivi*, 1855.

A. 1856. « Sulla elettro-puntura nella cura degli aneurismi. » Cremona 1856. — *Ann. un. Med.* 1857, CLXI, 599.

A. 1858. « Sulla demolizione dei tumori della parotide. » *Gazz. med.* Milano 1858.

A. 1858. « Rettificazione di alcuni scritti riguardanti l'opuscolo *Studj ed osservazioni sull'elettro-puntura nella cura degli aneurismi.* » *Ivi*, 1859.

A. 1859. « De l'electro-puncture dans le traitement des varices et des anéurysmes » par M.r les D.r Gamberini et Torri : Rectification du D.r Ciniselli. *Gaz. méd. de Paris*, 1859.

A. 1858-59. « Anévrysme poplité guéri par la compression indirecte. » *Gaz. des Hôp.*, 1859. *Bullet. de la Soc. de Chirurgie*. Paris 1858-59, t. X.

A. 1860. « Sur les cautérisations électriques. » *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1860. *Gaz. méd. de Paris*, 1860.

A. 1861. « Sulle resezioni dei capi articolari delle ossa e sulle operazioni sotto-periostee. » *Gazz. med. Lomb.*, 1861.

A. 1861. « Angina difterica curata col clorato di potassa: avvelenamento per l'estratto di belladonna assorbito dalla congiuntiva trattato col metodo italiano. » *Gazz. med. Prov. Ven.*, 1861.

A. 1862. « Sopra l'azione dei vescicanti nella cura dei bubboni venerei. » *Gazz. med. Lomb.*, 1862, N. 17.

A. 1862. « Dell'azione chimica dell'elettrico sopra i tessuti organici viventi e delle sue applicazioni alla terapeutica. » — Cremona, 1862, 8°. (Resumé. *Gaz. des Hôp.*, 1862).

A. 1863. « Apparato elettro-motore a forza costante adatto agli usi medici e ad operazioni chimiche. » — *Ann. univ. Med.*, 1863, CLXXXIII, 128 (e prima nella *Gazz. med.* Milano 1858, e nel *Politecnico* 1862, quindi nella *Rivista med. chir.* del 1873).

A. 1864. « Sul drenaggio chirurgico e sui mezzi che lo coadjuvano. » — *Ivi.* 1864, CLXXXVIII, 312.

A. 1865. « Nuovo apparecchio per le fratture del femore nei bambini. » — *Ivi.* 1864, CLXXXIX, 151.

A. 1865. « Aneurisma dell'arteria ascellare guarito colla compressione. » *Bullett. delle Scien. med.* Bologna 1865.

A. 1865. « Osservazioni di galvano-caustica chimica. » — *Ann. un. Med.* 1865, CXCIV, 359.

A. 1866. « Resumé des études sur la galvano-caustique chimique. » — *Gazette médicale de Paris.* A. 1866. (Ediz. speciale. Cremona 1866).

A. 1866. « Modificazioni alla pila elettrica del dott. Barzanò. » *Gazz. med.* Milano 1866.

A. 1867. « Della compressione diretta nella cura degli aneurismi. Aneurisma della carotide guarito per essa. » — *Ann. univ. Med.*, 1867, CXCIX, 351.

A. 1867. « Degli effetti che si possono ottenere dall'applicazione metodica di due sole lamine elettro-motrici, indipendentemente dalle cauterizzazioni elettro-chimiche. » — *Ivi.* 1867, CCII, 300.

A. 1867. « Anévrysme de la carotide guéri par la compression directe. » — *Bullett. de la Soc. de Chirurgie.*

A. 1868. « Lettre sur le même argument. » — *Gaz. des Hôpit.*, 1868, N. 82.

A. 1868. « Aneurisma dell' aorta ascendente trattato colla elettro-puntura. Osservazione. » — *Gazzetta medica di Lombardia*, 1868, N. 44 — *Gaz. des Hôpit.* 1868, N. 134. — *Bullet. de la Soc. de Chir.* 1868.

A 1868. « Della elettro-puntura nella cura degli aneurismi dell'aorta toracica. Studj. » — *Id. id.* (Appendice elettrojatrica). *Gazz. des Hôpit.*, 1869, N. 40.

A. 1869. « Della risoluzione dei tumori per mezzo dell'azione elettro-chimica della corrente continua. Nota. » — *Bullet. de la Soc. de Chir.* 1869 e *Gazz. Med. Lomb.* 1869, t. II.

A. 1869. « Sopra il Gabinetto anatomo-patologico esistente nello Spedale maggiore di Cremona. Relazione. » — *Ann. univ. Med.*, 1869, CCIX, 520; CCX, 48, 487.

A. 1869. « Delle amputazioni nei casi di necrosi invaginata. » — *Gazz. med. di Lombardia*, 1869, N. 7.

A. 1869. « Sopra un aneurisma popliteo singolare per la forma, per la disposizione dei vasi poplitei e per la sua angusta comunicazione col vaso arterioso. Osservazione. » — *Ivi.* 1869, N. 32.

A. 1870. « Sugli aneurismi dell' aorta toracica finora trattati coll'elettro-puntura. Studj. » — *Ann. univ. Med.*, 1870, CCXIV, 292.

A. 1871. « Rectification à l'article d'Amussat sur la galvano-caustique chimique inseré dans la Gaz. méd. 1871, N. 5, 47. » *Gaz. méd.*, 1871, N. 41, 52.

A. 1871. « Aneurisma giudicato dell'arteria innominata operato col metodo di Brasdor della legatura della carotide e della succlavia. » — *Gazz. med. di Lomb.*, 1871, N. 52.

A. 1872. « Apparecchi speciali per le fratture del femore nei bambini. Nota. » — *Rivista di medicina e di chirurgia*, Milano, 1872.

A. 1872. « Osservazioni all'articolo del prof. Concato su l' aneurisma multiplo primitivo dell'arco e della porzione ascendente dell'aorta. » — *Ivi*.

A. 1872. « Des anévrismes de l'aorte toracique jusqu'ici traités par la galvano-puncture: resumé adressé à l'Académie de Médecine. » — *Gaz. méd. de Paris*, 1872, N. 27.

A. 1872. « Polipo naso-faringeo risoltosi in seguito alla galvanocaustica chimica. Relazione. » — *Ann. univ. Med.*, 1872, CCXXI.

A. 1872. « Sulle correnti galvaniche continue. Lettera. » — *Gazz. med. Lomb.*, 1872, N. 37.

A. 1872. « Album illustrato del Brunelli. Art. bibliogr. » — *Gazz. med. Lomb.* 1872, N. 39.

A. 1873. « Apparato elettro-motore a forza costante. » *Rivista di Med. e Chir.*, gennajo 1873.

A. 1873. « Sulla trapanazione del cranio. Nota clinica. » — *Annali univ. Med.*, 1873, CCXXIV.

A. 1873. « Sopra alcuni aneurismi dell'aorta toracica osservati] dopo il 1870 » — *Il Galvani*, A. 1873.

A. 1874. « Sulla elettrolisi considerata negli esseri organizzati e nelle applicazioni terapeutiche delle correnti galvaniche. Studj. » — *Ivi*. 1874.

A. 1874. « Contributo all' uso della legatura elastica in chirurgia. » *Commentarj di Med. e Chir.*, 1874.

A. 1875. « Sulla elettrolisi applicata alla cura di tumori di varia indole. Osservazioni. » — *Il Galvani*, 1875. — *Rend. Istituto Lombardo*, 1874, fasc. XX.

A. 1875. « Sul setone elastico. » *Annali universali di Medicina*, 1875.

A. 1875. « Aneurisma dell'arco dell'aorta trattato colla galvano-puntura », dal dott. Michele Anderson. *Il Galvani*, 1875.

A. 1876. « Dimostrazione di alcuni coaguli elettrici, trovati in aneurismi trattati colla galvano-ago-puntura, ecc. Cremona 1876.

A. 1877. « Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électropuncture. A. M. Dujardin-Beaumetz. » — *Bull. gén. de Thérap.* 1877.

VARIETÀ

Congressi medici in Pisa. — A render conto delle adunanze dell' *VIII Congresso dell'Associazione medica nazionale* e del V. dell'*Associazione dei medici condotti* ci gioveremo, compendiandola, della relazione che n'ha dato il Giornale lo *Sperimentale* nel fascicolo di questo stesso mese d'ottobre. I due Congressi si aprivansi la mattina del 22 settembre; il prof. Minati Presidente del Comitato pisano dell'Associazione medica salutava pel primo i convenuti, e dichiarava a chi ne dubitasse quali fossero gl' intendimenti dell'Associazione medesima.

« Noi cooperiamo perchè la classe medica, a cui l' acquisto della scienza costa tanti sacrifizi, e l'esercizio dell' arte tanta abnegazione, prenda il suo posto e sia d'esempio alle altre classi sociali, costituendosi in potente associazione che valga ad indirizzare la potestà civile a quegli utili intenti a cui essa sola può avviarla. Noi vogliamo che la salute pubblica sia tutelata secondo gli acquisti della scienza, e che le leggi sanitarie non emanino da vecchie consuetudini e non siano postergate alle necessità strettamente economiche.

« Noi vogliamo che l'acquisto delle cognizioni scientifiche sia agevolato ed elevato ad un tempo, ed in modo che la nostra gioventù sia posta alla pari di quella delle altre nazioni, se pure è vero come lo porta a dire l'andazzo della moda che non lo è.

« Noi vogliamo che coloro che faticano nel silenzio dei loro gabinetti alla ricerca di utili verità abbiano un areopago al giudizio del quale possano offrirle, ed ottenere quella giustizia che indarno aspettano alle loro fatiche dalle pubblicazioni isolate o dalle effemeridi, ove talora degli importanti concetti si vanno a disperdere come le foglie della sibilla.

« Noi vogliamo che questo spirito di pura analisi che domina ora nella scienza e che facilita una esuberanza di lavoro, che accumulandosi riesce malagevole nell'applicazione all'arte, subisca di tratto in tratto al cospetto di una assemblea scientifica la sanzione valida di una discussione collettiva e ordinata. Così cesserà, si spera, quel cadere e risorgere delle teoriche, che assomiglia l'andamento della scienza nostra alla tela di Penelope, e spossa gl' ingegni e toglie il prestigio e la fede a chi deve fidare nel medico per l'esercizio dell'arte ».

Comecchè molti siano gli ostacoli, egli confida che prima o poi le cose spettanti alla sanità pubblica saranno amministrate da' medici, ed alla direzione di esse dovranno avere la parte principale. Il dott. Ballori, Presidente del Comitato organizzatore del Congresso dei medici condotti, sorse quindi a dimostrare come un buon ordinamento sanitario comunale è d'incontrastabile utilità igienica, economica, morale e sociale. Ricordava come nei precedenti Congressi dei Medici condotti, tenuto conto di queste

ragioni e della posizione spesso equivoca del medico di fronte al Comune, è stata costantemente accertata la necessità di radicali riforme per ciò che specialmente riguarda la gerarchia sanitaria. Osservava come la salute pubblica ed il prestigio medico non possano essere veramente tutelate con l'ordinamento attuale, mercè del quale ai medici è data solo la parte di consiglieri, non essendo nuovo il fatto che il Sindaco, o il Prefetto o il Ministro facciano da medico, con grandissimo danno degli amministrati. Diceva pòi il dott. Ballori che, poichè a tutt'oggi poco o nulla si è ottenuto, si tornerà anche in questo Congresso su tale argomento, ed i medici condotti saranno chiamati ad esaminare il progetto di Codice sanitario già discusso ultimamente dal Senato, ed al quale la Commissione organizzatrice del Congresso proporrà alcune modificazioni. Altri importanti lavori, soggiungeva l'oratore, si dovranno discutere in vantaggio della scienza, ed avendo sempre in mente il miglioramento delle sorti del medico condotto, si discuteranno proposte che tendono a dar maggior vita all'Associazione dei Medici Condotti ed alle due filantropiche istituzioni che da questa emanano, la Cassa-Pensioni ed il Collegio-Convitto per gli orfani dei sanitari d'Italia.

Terminata la cerimonia d'inaugurazione, in cui parlarono anche il Rettore dell'Università, il Sindaco di Pisa, il Prefetto della Provincia, l'*Associazione dei medici condotti* riunivasi nell'Università e nominava *Presidente del Congresso* il dott. Achille Ballori, *Vice Presidenti* i dottori Berruti, Casati, De-Cristoforis; *Segretario generale* il dott. Chioccone, *Segretarj particolari* i dottori Calosi, Leoni, Federighi e Ferretti. Similmente l'Associazione medica italiana adunatasi nell'Istituto medico-chirurgico acclamava *Presidente* il prof. Minati; *Vice Presidente* i signori Batti e Cuturi; *Segretario generale* il dott. Barduzzi, *Segretarj particolari* i dottori Nerazzini e Tommasi; *Presidenti onorarj* Berti di Venezia, Pacchiotti di Torino, Baccelli di Roma e Pietrasanta di Parigi.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA.

Seduta del 23 settembre 1878.

Sezione Farmacologia.

Presidente: Scalzi prof. Francesco di Roma. — *Vice Presidente:* dott. D'Ancona di Padova. — *Segretari:* dott. Tommasi di Firenze, e prof. Chirone di Napoli.

Il prof. Chirone riferisce sulle nuove classificazioni in materia medica e terapeutica; dimostra come il continuo avvicendarsi delle medesime nuoccia alla scienza ed alla pratica, e come sia perciò necessario stabilire un vero metodo naturale; che la classificazione unica e razionale è quella chimica, e che quella adottata dal relatore in una sua recente opera di farmacologia e terapia, evita gl'inconvenienti delle altre classificazioni, e facilita immensamente lo studio della materia.

Il prof. Scalzi fa alcune osservazioni, alle quali replica il prof. Chirone. Concludesi per applaudire al sistema del Chirone, che stabilisce un vero metodo naturale.

SEZIONE OSTETRICIA.

Presidente: prof. Pasquali di Roma. — *Vice Presidente:* prof. Madruzza di Perugia. — *Segretari:* dott. Chiarleoni e prof. Romiti; quest'ultimo rinunzia, eleggesi il dott. Gazzella di Pisa.

Il dott. Bergesio per il prof. Tibone di Torino ha svolto il tema sul valore della cefalotripsia interna. Sorge lunga vivissima discussione dopo la quale venne adottata la seguente conclusione: La cefalotripsia interna non ha dato finora tali effetti da poterla sostituire alla cefalotripsia esterna, la quale finora, per la esperienza dei fatti, è da ritenersi come la più sicura, e di resultati meno contrastati.

SEZIONE MEDICINA.

Presidente: prof. Baccelli di Roma. — *Vice Presidente*: prof. Brugnoli di Bologna. — *Segretari*: dott. Pierazzini di Pontedera e Leoni di Roma.

Il prof. Baccelli svolge il suo tema sul valore della trasmissione dei suoni attraverso i liquidi endopleurici, che è sempre la guida alla diagnosi differenziale obbiettiva.

I progressivi studi di Germania, Inghilterra, Francia, America, confermano tale dottrina.

Le poche eccezioni, che facilmente si spiegano, non deprezzano la bontà del criterio generale.

Dopo breve discussione gli adunati applaudirono vivamente il professore Baccelli per la importante comunicazione presentata al Congresso.

SEZIONE CHIRURGICA.

Presidente: prof. Landi di Pisa. — *Vice Presidente*: prof. Mazzoni di Roma. — *Segretari*: dottori Barduzzi e Margary.

Il presidente prof. Landi apre i lavori, con dotto, eloquente, breve discorso.

Il prof. Mazzoni di Roma riferisce sulla patogenesi e cura della febbre uretrale.

È indiscutibile che è una entità morbosa, e qualunque siano le sue manifestazioni non è mai mortale.

I casi mortali debbonsi alla uro-ammonioemia e alle manovre malfatte producenti lesioni anatomiche.

Negli individui affetti da miasma palustre gli accessi possono essere recidivi atteso lo stimolo meccanico dell'uretra; perciò i primi possono essere confusi con la febbre uretrale.

La febbre uretrale guarisce senza alcun rimedio; la somministrazione del chinino accorcia la durata della febbre uretrale, guarisce la febbre palustre, ed è senza risultato nella uroemia.

Tali conclusioni vennero accettate dalla sezione senza alcuna eccezione.

Il prof. Scarenzio presenta un litotritore modificato.

Sorge una lunga discussione alla quale prende parte il prof. Marcacci Giosuè, Margary, Casati, Tempesti, Silvestri e Mazzoni, non ammettendo alcuni una grande utilità pratica a questa modificazione, e sono prese le seguenti conclusionali:

Che il litotritore modificato dallo Scarenzio potrà essere utile per diagnosticare talvolta la natura del calcolo, ma che però non potrà sempre essere un indice della durezza del calcolo stesso, e che sarebbe necessario che la citata modificazione fosse applicata ai litotritori a manubrio cilindrico.

Sezione Igienica.

Presidente: prof. Sadun. — *Vice Presidente*: prof. Toscani. — *Segretari*: dottori Pini e Roseri.

Sorge vivissima discussione sul servizio medico notturno. Dimostrasi la necessità che questo debba essere attivo in ogni città importante dell'Italia. Come a Genova sia già attivato e corrisponda assai utilmente alle esigenze della sanità pubblica, e come adesso vada ad attivarsi a Roma.

Prendono parte alla discussione il prof. Pietrasanta rappresentante la Società d'Igiene di Francia, il prof. Ratti di Roma, il prof. Du Jardin di Genova, il dott Pini di Milano ed altri.

Votasi ad unanimità un ordine del giorno del dott. Pini, col quale mentre emettesi un voto di plauso ai municipi di Roma e di Genova pel nobile inizio del servizio, si esterna la fiducia che gli altri municipi vorranno provvedere per una istituzione così utile.

In aggiunta a quanto abbiamo detto riferiamo che l'Associazione medica italiana, sulla proposta del prof. Giampietro di Napoli, ha acclamato Genova a sede del futuro Congresso del 1880.

Partecipata telegraficamente la notizia al Sindaco di Genova, egli rispose ringraziando vivamente.

L'Associazione dei medici condotti, a proposta del dott. Barduzzi, ha acclamato Napoli a sede del VI Congresso, che avrà luogo nel 1879.

Il Sindaco di Napoli ringraziò tosto della scelta fatta.

Seduta del 24 settembre.

La dolorosa notizia della morte del dott. Camillo Parrini, che senza causa nota si suicidava nella propria camera poco dopo le 10 di questa mattina, ha funestato i Congressi e la intera città. Tutte le sedute meridiane sono state sospese.

Adunanza generale del 24 settembre 1878.

Presidenza Minati.

Il prof. senatore Verga ha inviato lettera di adesione al Congresso, ed ha mandato a rappresentare la Società frenjatrica italiana il dottor Grilli di Firenze.

Si nomina una Commissione per la visita degli ospedali e stabilimenti sanitari.

La presidenza propone a' sindaci per la revisione del Bilancio i dottori Sapolini e Agostini.

Il prof. Pietrasanta deposita il resoconto fatto al Ministero di Francia del Congresso di Torino ed una accuratissima storia delle istituzioni italiane, l'Ospizio Marino, e la Scuola dei rachitici.

Il prof. Raffaele svolge il suo tema della dignità del medico nelle quistioni di giustizia: propone al Congresso 12 conclusioni che brevemente qui si riassumono:

1° Istituzione di un giurì speciale nelle quistioni tecniche. 2° Istituzione di un supremo magistrato medico. 3° Facoltà nel perito di conoscere tutti gli elementi del processo, compresa la parte specifica. 4° Diritto nei periti di assistere nel processo orale, quando occorra, a tutto il dibattimento. 5° Libertà nel perito di proferire il suo parere scritto nel tempo che gli parrà necessario. 6° La necessità della nomina di periti stabili nel periodo istruttorio. 7° Il Magistrato non deve giudicare sulla parte scientifica del parere medico. 8° Non è necessario nelle perizie la presenza del magistrato. 9° L'ammissione del perito non deve essere forzata. 10° La denuncia legale offende la dignità del medico senza avvantaggiar la giustizia. 11° L'invito alle perizie deve modificarsi per la dignità del medico nella forma. 12° La tariffa delle perizie mediche in materia penale dovrebbe essere uniformata alle retribuzioni nella giustizia civile.

Si apre la discussione sulla prima conclusione.

Prendono la parola i professori Morselli, Toscani, Scalzi, Ratti, Madruzza, Sadun, Du Jardin e Feroci; ma attesa la grande importanza del tema intiero sono approvate due proposte, una del Ratti; che la discussione sia rimandata alla seguente seduta e dopo che i Congressi abbiano presa cognizione delle suddette conclusioni a stampa; l'altra del professore Baccelli, che la discussione sia generica prima, poi sui punti diversi di conclusione.

In questa discussione animatissima il prof. Ratti sostenne che la istituzione dei giurati non si può modificare in alcuna guisa.

La seduta è sciolta.

SOTTO SEZIONE: - **Otoiatria e Laringoscopia.**

Adunanza del 24 settembre 1878.

Laringoscopia.

Presidente: prof. Massei di Napoli. — *Segretario*: dott. Baguzzi di Mantova.

Sulla cura locale delle lesioni sifilitiche della laringe.

Il dott. P. Masucci di Napoli ammette l'esistenza di placche mucose, e dell'eritema sifilitico della laringe, da alcuni negate, da altri messe in dubbio. E senza pretesa di dir cose nuove sulla cura locale di tali affezioni, ma solo nell'intendimento di far cessare la controversia, dimostra l'utilità della cura locale da esso riconosciuta di un effetto efficacissimo in molti casi, osservati specialmente alla Clinica del prof. Massei.

Prendono la parola sul soggetto il dott. Labus di Milano, il Presidente, il Margary di Torino, lo Zawerthal di Roma per confermare le osservazioni esposte dal dott. Masucci.

Concludesi per applaudire al sistema della cura locale.

Otojatria.

Presidente: dott. Sapolini di Milano. — *Vice Presidente*: dott. Bartolozzi di Pescia. — *Segretario*: dott. Bargellini di Firenze.

Indicazioni e metodi di trapanazione della membrana del timpano. — *Relatore*, prof. Giampietro di Napoli.

La paracentesi o trapanazione deve essere praticata nelle otiti medie acute suppurative, nelle raccolte purulente o sanguigne della cassa, nella miringite acuta parenchimatosa, nella sclerosi iniziale dell'orecchio medio, nella tensione esagerata del timpano per retrazione del muscolo tensore, nella obliterazione della tromba Eustachiana (porzione ossea), nell'ispessimento del timpano.

È controindicata nella paralisi completa del nervo acustico (sordità nervosa, cofosi totale), nelle otorragie interne.

I metodi proposti si riducono a quattro. Incisione o puntura, escisione, mortificazione parziale della membrana mediante caustico attuale o potenziale, occhiello.

Confuta i metodi di Francia e Germania.

Il metodo operatorio, che pare destinato a miglior successo, è quello misto, cioè perforazione della membrana col cauterio attuale seguito a suo tempo dall'applicazione dell'occhiello. Metodo assai semplice, senza inconvenienti, di pronta esecuzione. Dolore lieve e istantaneo quando si usi destrezza per evitare l'offesa del promontorio e della staffa.

Prendono la parola i dottori Sapolini, Bargellini, Bartolozzi.

Ad unanimità è applaudito il metodo esposto dal relatore prof. Giampietro che è ringraziato per la dottissima relazione.

Il dott. Sapolini presenta una sua nuova pinzetta per la estirpazione dei polipi dall'orecchio, ne descrive l'uso e l'effetto efficace.

Si ringrazia pure il Sapolini per l'ingegnoso ed utile istrumento.

SEZIONE CHIRURGIA.

Adunanza del 25 settembre 1878.

Presidente: prof. Landi. — *Vice Presidente*: prof. Mazzoni di Roma. — *Segretari*: i dottori Margary e Barduzzi.

Il prof. Ceci Antonio legge una sua Memoria sulle resezioni del capo sinistro della mandibola, e stomato-plastica per epitelioma recidivo della commissura labbiale sinistra.

Prendono la parola il prof. Clementi di Catania e il prof. Marcacci di Siena, il prof. Mazzoni di Roma e il dott. Barduzzi.

Segue una discussione animata sulla opportunità delle operazioni nei casi di recidiva, sostenendo alcuni la necessità di fare asportazioni larghe per portar via i cordoni linfatici che dal centro della malattia la diffondessero alle glandule circonvicine.

Il prof. Silvestri di Siena legge un lavoro sopra un nuovo processo operativo sulla fistola cistovaginale.

Presero la parola il prof. Caselli, il prof. Clementi e il dott. Paci per fare alcune osservazioni sopra i varii strumenti proposti dall'autore per questa operazione.

La seduta è sciolta.

SEZIONE D'OSTETRICIA.

Presidente: prof. Pasquali di Roma. — *Vice Presidente*: prof. Madruzza di Perugia. — *Segretari*: dottori Garzella e Chiarleoni.

Il dott. Cuzzi di Milano legge un importante lavoro sull'azione ecbolica della pilocarpina, facendolo seguire da interessanti osservazioni sullo sviluppo dei processi puerperali e sull'assistenza ostetrica nella campagna.

La Sezione si pronunzia favorevolmente alle giuste osservazioni cliniche del dott. Cuzzi intorno all'azione della pilocarpina; sorge poi animata discussione sulle osservazioni fatte dal Cuzzi stesso sullo sviluppo dei processi puerperali e dell'assistenza ostetrica della campagna, e la Sezione esterna il desiderio che debbasi una volta istituire un regolare servizio per assistere le partorienti nelle campagne.

Il prof. Minati di Pisa riferisce sulla cura della sterilità, tenendo in proposito un dottissimo discorso.

Ha preso la parola sull'argomento il prof. De Cristoforis di Milano; e la Sezione ha applaudito alle conclusionali risultanti dal tema svolto dal prof. Minati.

La seduta è sciolta.

Sezione Dermatologia e Sifilografia.

Presidente: prof. Pellizzari, di Firenze — *Vice-Presidente*: professore Gamba di Torino — *Segretari*: dottori Piovano di Torino e Marcacci di Firenze.

Il dott. Marcacci svolge il suo tema sul sistema nervoso nella patogenesi di alcune dermatosi.

Il relatore, prendendo a base i fatti clinici posseduti ormai della scienza e valendosi delle cognizioni moderne intorno alla influenza del sistema nervoso, sulla nutrizione, afferma con argomenti ed osservazioni proprie la dottrina che stabilisce una categoria di forme morbose cutanee dipendenti o in correlazione con le malattie dell'apparecchio nervoso.

Vengono accolte senza alcuna riserva, ed illustrate da nuovi fatti le conclusioni del relatore.

Seduta generale delle due Associazioni riunite.

25 *settembre.*

Presidente: prof. Minati — *Vice-Presidente*: dott. Cuturi — *Segretario*: dott. Barduzzi.

Il presidente Minati ricorda che questa seduta dei due Congressi ha per scopo principale la relazione del dott. cav. Zucchi sulla costituzione della Società italiana d'Igiene che sorta a Milano per opera precipua del dott. Pini ha già compiuto atti importanti.

Il dott. Zucchi legge quindi la sua lunga e dotta esposizione intorno all'utilità ed agli scopi di detta Società.

Compiuta fra gli applausi la lettura, vien proposto dalla presidenza il seguente ordine del giorno.

L'VIII Congresso dell'Associazione italiana ed il V dell'Associazione nazionale dei medici condotti, visto lo statuto della Società italiana d'Igiene, udita la relazione del dott cav. Carlo Zucchi, proclamano solennemente costituita la Società italiana d'igiene e fanno voti ch'essa raccogliendo intorno a sè la parte più eletta della nazione sia di lustro alla scienza e di decoro alla patria, e di utile alla umanità.

Quest'ordine del giorno è votato in mezzo ad applausi fragorosi, che si fanno maggiori quando il dott. Sapolini dà lettura di un telegramma del generale De Sonnaz, col quale annunzia che S. M. il Re prende sotto i suoi auspicj la nascente associazione.

Gli adunati deliberano d'inviare un telegramma in ringraziamento a S. M. il Re nei termini seguenti:

« I Congressi medici italiani, riuniti in seduta plenaria nella patria di Galileo, hanno reiteratamente applaudito alla notizia comunicata dal dott. Sapolini che V. M. accoglie sotto i suoi auspicj la nuova Società italiana d'igiene. »

Il telegramma così concepito è votato fra gli applausi e grida *Viva il Re*.

La seduta è sciolta.

SEZIONE CHIRURGICA.

Adunanza del 26 settembre 1878.

Presidente: prof. Landi.

Il prof. Landi con animo commosso deplora la immatura perdita del dott. cav. Cammillo Parrini.

Il prof. Marcacci presenta una nuova tanaglia per la resezione del mascellare superiore, ne descrive l'uso e dimostra che essa serve ad evitare gl'inconvenienti che s'incontrano con l'uso di altre tanaglie. Le due branche della tanaglia sono diversamente ricurve: una la chiama palatina, l'altra orbitaria.

Il dott. Paci di Sarzana espone:

1° La storia di un tumore naso-faringeo operato con la galvano-caustica per le vie nasali, servendosi di una sonda foggiata a forchetta. Il malato guarì in 14 giorni. 2° La storia di un enorme angioma interessante tanto il labbro superiore quanto quello inferiore, la guancia e la palpebra destra in una giovane di 22 anni. Egli ha operato con ottimo risultato questa deformità, servendosi di uno speciale strumento da lui immaginato. 3° Descrive pure un'operazione, fatta con la galvano-caustica, di un tumore angiomatoso sotto aponevrotico della regione del poplite.

Il prof. Clementi di Catania fa una comunicazione sulla cura del varicocele coll'elettro-ago-puntura.

Il dott. Gaudenzi di Vercelli descrive una sua nuova sonda-guida per la cistotomia perineale.

Il prof. Caselli di Reggio-Emilia legge una sua memoria sulla estirpazione completa della parotide, e il prof. Marcacci conferma le osservazioni del prof. Caselli.

Il dott. Lampredi di Pisa legge quindi la sua Memoria sull'uso del Calabar e specialmente del solfato neutro d'eserina nella terapeutica oculare, che trova utilistimi in molti casi che espone diffusamente.

Si approvano le conclusioni del relatore e quindi è sciolta la seduta.

SEZIONE DI DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA.

Presidente: prof. Pellizzari Pietro.

Il dott. Barduzzi riferisce sulla sifilide cerebrale. Su tale argomento ragiona pure il prof. Pellizzari, ed il dott. Faraoni di Pavia legge alcune storie di sifilide e scrofola per dimostrare la utilità del Tajuja in queste affezioni.

La sezione dopo animata discussione sulla efficacia vera di questo

specifico si pronuncia con un ordine del giorno che sospende per ora le conclusioni del Faraoni.

La seduta è sciolta.

SEZIONE OSTETRICA, GINECOLOGICA E PEDIATRICA.

Seduta del 26 settembre 1878.

Presidenza del prof. Minati.

Il dott. Libero Bergesio di Torino legge una sua memoria sul valore terapeutico e sull'assorbimento di alcuni medicamenti, come l'acetato di potassa, l'iodio, l'oppio, nella gravidanza e nel puerperio sperimentati nella clinica ostetrica di Torino nel 1877-78.

Approvansi le conclusioni del dott. Bergesio.

SEZIONI DI FARMACOLOGIA E D'IGIENE.

Due Commissioni delle suddette sezioni visitarono l'Istituto balneario idroterapico del dott. Lombard e ne fecero meritati elogi.

Alla sera le due Commissioni si riunivano a banchetto offerto dal dott. Lombard ed al quale presero parte il cav. Cuturi, il prof. Baccelli, il prof. Pietrasanta, il Sindaco avv. Simonelli, il cav. Felice Tribolati, il prof. Toscani di Roma, il prof. Raffaele di Napoli, il prof. Sadun di Pisa, il dott. cav. Fedeli di Roma.

Terminato il banchetto i convenuti accedevano nell'attiguo giardino illuminato e pavesato a festa, ove furono eseguiti vari esperimenti di ginnastica educativa, nei quali si distinsero le signorine Livini ed i signorini Frediani e Livini.

Il prof. Pietrasanta si congratulava col dott. Lombard socio della Società igienica di Francia.

SEZIONE D'IGIENE E MEDICINA PUBBLICA

Seduta del 26 detto.

Presidente: prof. Sadun.

Il presidente legge un ordine del giorno presentato dal dott. Giordano sui lavoranti nelle solfatare siciliane; crede sia più opportuno presentarlo alla adunanza generale.

Il dott. Chiminelli, direttore dei bagni di Recoaro; legge la sua relazione intorno al metodo statistico nella idrologia medica.

Il presidente non crede che il lavoro del Chiminelli sia tale da potere essere discusso.

Il prof. Pietrasanta dimostra la importanza della classificazione delle acque minerali e dice che le modificazioni fatte dal Chiminelli alla classificazione generale accettata in 7 classi si potrebbero sopprimere.

Chiminelli ne sostiene l'importanza, perchè le acque minerali italiane avendo tipi particolari abbisognano di una classificazione speciale.

lore dell'opera del cav. Nistri. Egli disse aver certezza che questa escursione scientifica porterà effetti salutari per la propagazione della efficacia di queste acque termali.

Terminò dicendo:

« Trovandomi qui a 40 anni di distanza, permettetemi di riportare i miei ricordi sopra quel primo Congresso di Pisa che aveva segnato l'aurora della rigenerazione d'Italia.

« L'astro raggiante della libertà e della indipendenza si è innalzato progressivamente, ma certo verso lo zenith.

« Possano i Congressi di questo genere renderlo immobile per sempre in questa sfera d'azione per il maggior vantaggio del paese e della civilizzazione. »

Terminata l'adunanza i congressisti passarono alla visita delle terme, quindi accompagnati dal Sindaco visitarono il palazzo municipale, ove nacque il celebre poeta G. B. Niccolini, e la camera ove si conservano, un autografo, una ciocca di cappelli, ed alcuni frammenti della membrana del cervello dello esimio scrittore.

Di ritorno si riunirono nel piazzale dietro al Casino, ove era stato apparecchiato un banchetto offerto dalla nuova Società delle terme, dal Comune e dall'Opera dei bagni.

Al banchetto, furono fatti molti brindisi, tutti applauditissimi, ed in ispecie quello alla salute del Re d'Italia.

Alle ore 3 i congressisti facevano ritorno a Pisa passando per Asciano, ove si fermarono invitati dall'onorevole deputato Cuturi, che aveva assistito al banchetto, alla sua villa, della quale ammirarono la bella tenuta.

Il giorno 28, poi, ebbe luogo l'ultima seduta.

Prese la parola il dott. Dario Maragliano per comunicare un suo dotto lavoro sulla temperatura cerebrale negli alienati di mente. Il professore Edoardo Maragliano fece in seguito una dottissima e chiarissima esposizione di alcune sue esatte osservazioni sulla diagnosi dell'enfisema polmonare; quindi parlò del valore riduttivo della saliva in alcuni casi di glucosuria; sul primo argomento presero la parola il prof. Baccelli il dott. Galli e il dott. Venezia.

Il dott. Tommaso Tommasi fece una comunicazione verbale sopra un singolare fenomeno acustico, da lui osservato in un caso di rottura dell'utero; intendendo con ciò di consegnare il fatto ai suoi colleghi che avranno l'occasione di studiarlo più di quello che possa accadere a lui, dedicato ormai a studi di argomento chimico-patologico, e lo faceva tanto più volentieri perchè l'importanza pratica di un tale fenomeno era stata riconosciuta da molti ed era perciò necessario che sorgessero in proposito nuovi studi e nuove osservazioni. Avrebbe dovuto parlare anche sopra alcune analisi di orine diabetiche ed albuminuriche, ma stante l'ora tarda, cedè la parola al dott. Pierazzini che comunicò un caso di tetano reumatico guarito col cloralio.

Venuto il suo turno, il dott. Borgiotti prese a discorrere, come Relatore, sul tema *della statistica medica comunale*, di viva voce, non tanto per risparmiare tempo agli adunati, quanto per la necessità del trovarsi tuttora sofferente per lunga malattia.

Preso punto di partenza dall'opuscolo di *Considerazioni* e *conclusioni* presentate due anni innanzi al settimo Congresso della Associazione Medica Italiana adunata in Torino, intese a colmare la lacuna dei *fatti* di pubblica ragione intervenuti da allora al giorno d'oggi. Primo di essi il testo del *Codice sanitario* approvato in Senato, dove la statistica medica non incontrò prospere sorti, ed avversata e quasi ammessa per incidenza nella redazione primitiva, ottenne nella posteriore revisione delle disposizioni incidentali e poco tassative. Vi fu però inserita la *massima* di designare e gratificare un apposito Ufficiale sanitario nelle Prefetture.

Accenna in seguito al decreto emanato sotto il ministero Crispi sul riordinamento della *Direzione* di *statistica generale*, ed alla Sezione comprendente « gli studi di legislazione e statistica comparata della be« neficenza ed assistenza pubblica, la sanità, le tavole di malattia ed « altre materie affini. »

Citò in fine gli studi della Commissione per la statistica sanitaria. nominata dal Ministro di agricoltura industria e commercio li 8 giugno 1875, « coll'incarico di proporre un registro comunale delle cause di « morte, di studiare i fenomeni meteorologici in relazione alla demo« grafia e di apparecchiare tavole generali e speciali di mortalità e no« sologia; » i quali studi giunsero fino, inclusive, a compilare una classificazione delle cause di morte divisa in 18 classi e 209 tipi.

Il Borgiotti chiese al Congresso che volesse *definire* ed altamente proclamare lo *scopo* della statistica medica generale; quello cioè di *cercare per trovare, e non per provare*, e di definirne la sfera di azione, differenziando la statistica *sociale* da quella *clinica*.

Proclamò che *l'unità elementare* di cotali ricerche sta nel Municipio e che queste devono riassumersi da medici specialmeete incaricati anche negli uffici di Prefettura, e presso il Ministero. Asserì che gli enti collettivi non possono assumere la redazione di cotali lavori e che la *responsabilità* deve gravare sopra persone competenti e per quello scopo *permanente*, designate e gratificate.

Discorse della quasi inseparabile connessione tra le Amministrazioni di pubblica beneficenza e di sanità; lo che venne riconosciuto in America e nello Impero Austro-ungarico e dimostrato dal prof. Zucchi in apposita memoria. « L'assicurare la salute delle popolazioni è la più « importante tra le beneficenze; e la vera beneficenza deve essere preor« dinata alla igiene fisica e morale dei poveri. » Patrocinò la pubblicazione delle statistiche a periodi *settimanali*, come che universalmente accettati nella vita sociale e corrispondenti a dei riposi ricorrenti. Affermò che le statistiche mediche comunali dovessero essere precedute

da una specie di fotografia delle condizioni fisiche e morali del paese; onde trarre indizio delle cause malefiche *removibili*. Trovò necessario che ai medici condotti almeno fossero distribuiti i bullettini demografici e meteorologici; e richiamò l'attenzione sulla necessità di instaurare una statistica delle scuole ginnastiche in relazione alla recente legge De Sanctis. Citò gli autori *non medici* i quali come il Morpurgo, il Minghetti, il Lo Savio, parlando di economia sociale, richiesero la compilazione di *statistiche necrologiche*.

Venendo poi agli *Elementi* di questa Statistica, dichiarò la necessità di tener conto: 1° Degli *Aborti*, dallo stato embrionale ai sei mesi, sebbene sieno non-valori, nè unità demografiche nei registri di popolazione; ma perchè rappresentano un fatto sociale vario e complessivo connesso col *pauroso problema* dell'abolizione delle Ruote. 2° Degli *espulsi*, e *nati-morti*, che sono l'espressione di condizioni di disequilibrio nei contraenti il matrimonio, di male consuetudini ed anche di speciali inquinamenti. Citò a questo proposito il registro *Speciale* di Stato Civile che si tiene nel Belgio, ed una Circolare del Ministero di agricoltura, ecc., *sulla registrazione dei nati-morti agli effetti giuridici*. Espresse pure il convincimento che occorresse far pratiche presso i governi esteri, per determinare una decorrenza *uniforme* nel numero dei giorni stabiliti per la presentazione del neonato. 3° Dei fanciulli *morti entro* il *primo anno* della *nascita*; problema vitalissimo che ha dato già luogo in Francia a Congressi ed inchieste; ed augurò su tal proposito massima esattezza e *minore compendiosità* nell'elenco delle cause letali. 4° Delle morti *improvvise* e *violente*; prendendo ad esempio il dotto lavoro del prof. Corradi su quelle avvenute in Bologna dal 1820 al 1854.

Reclamò per una buona compilazione di statistiche mediche, *unità di linguaggio*; *contemporaneità* di azione; *terminologia officiale con equivalente latino;* e *libertà* ai dichiarati di porre in raffronto denominazioni sinonimiche. Deplorò l'uso delle *medie* che alterano con operazioni aritmetiche di moltiplicazione o di divisione il *naturale* andamento delle morti, in relazione ai *fatti sociali* ed ai *rapporti meteorologici*.

Dimandò se, avuto riguardo ai confronti medici internazionali, ed anco a quelli per le Provincie poste al Sud ed al Nord dell'Italia ed alla grande diversità nei periodi di sviluppo femminile e maschile, non fosse miglior consiglio di adottare anzichè la distinzione dell'età in serie di anni più o meno ravvicinati, la classazione nelle cinque *epoche* della vita, adottata fino dal tempo di Varrone cioè: *puerizia* od *infanzia*, *adolescenza*, *gioventù*, *maturità* e *vecchiaja*.

Discorrendo delle *Professioni*, desiderò che fossero in classi speciali annoverati i non *valori*, *sociali* e *morali* come, per esempio, i *servi di pena*, le *prostitute*, ecc. Trovò *necessario* che ogni Comune procedesse al *censimento* della popolazione povera, e con periodiche revisioni ne tenesse al corrente i registri. Insistè sulla necessità che fosse dichiarata *obbligatoria* per tutti i medici la enunciazione della causa che ha

prodotta la morte degli infermi alle loro cure affidati; e che, allo scopo di non compromettere nè *il segreto del medico* nè la veridicità delle dichiarazioni, i Bullettini delle cause di morte fossero *innominati*, come venne proposto nel 1861, da una Commissione medica che compilò un *Progetto di Regolamento Sanitario* per il Comune di Firenze.

Propose che in caso di epidemie l'obbligo della denunzia cominciasse pei medici, tanto condotti quanto venturieri, dal momento nel quale l'Autorità politica o comunale avesse annunziate l'iniziamento della osservazione e delle ricerche.

Venendo a parlare della compilazione del Bullettino delle cause di morte, gli parve che mentre i *tipi* proposti nel Congresso internazionale di statistica in Parigi furono 139, ed in quello di Vienna 127, fosse a ritenersi *eccessivo* il numero di 200 tipi ammesso dalla dotta Commissione italiana; e che con tanti *particolari* ci si avvicinasse di troppo alla forma di una statistica *clinica*, da noi respinta e diversificata *per massima*. Notò come, nonostante tanto scientifico dettaglio, mancasse la *follia morale* o *ragionante* causa di tante dubbiezze ed errori giuridici; donde emerse l'equo e sapienle concetto della *istituzione* di *Manicomi penitenziari*.

Si credè lecito di criticare la classazione degli *infortuni delittuosi*, come di competenza piuttosto delle statistiche giudiziarie; e deplorò, come medico e come cittadino, che tra le cause di morte fosse compresa pur quella della *esecuzione giuridica*. Concluse che, restaurati a Nazione, mentre dobbiamo vivere con carattere e forze proprie e prender di mira qualche *bisogno d'ordine interno*, è necessario coordinare la nostra azione coi portati della scienza internazionale, specialmente in riguardo alla importanza dei confronti statistici.

Presentò quindi alla valutazione del Congresso le seguenti *proposte*, dirette respettivamente, al Parlamento, al Governo, ai Municipi.

Al Parlamento.

A. Obbligo ai medici di rilasciare attestato della causa di morte dei loro clienti, come elemento *necessario* alla constatazione della medesima.

B. Un titolo *speciale* sulla Statistica Medica nei Codice Sanitario.

C. Gerarchia medica non determinata e interrotta negli uffici di statistica comunali, provinciali e ministeriali.

D. Nomenclatura uniforme delle cause di morte, per gli usi nazionali ed anco internazionali, con sinonimia latina.

Al Governo.

I. Trattative internazionali per unificare nei Codici civili, la disposizione sull'*epoca* obbligatoria della presentazione ed iscrizione dei neonati; e disposizioni speciali per la tenuta del registro dei nati-morti.

II. Inchiesta sulle cause di mortalità dei neonati; e sugli aborti.

III. Organizzazione di *manicomi* penali.

a) Censimento della popolazione povera, e revisione periodica e tenuta regolare dei registri relativi.

b) Consociazione delle amministrazioni di Igiene e di Beneficenza.

c) Determinazione del *tempo* nel quale comincia ai medici l' *obbligo* della *denunzia*, nella insorgenza di malattie epidemiche, contagiose ed anco pandemiche.

d) Affidamento (là dove è possibile) ai medici delle funzioni di stato civile, in quanto concerne la constatazione delle nascite e delle morti.

Udite queste comunicazioni, sorse il prof. Ratti *Presidente dell'Associazione medica italiana* e del Consiglio Superiore di sanità per domandare: se nella stringenza del tempo il Congresso avrebbe potuto, con piena cognizione di causa, discutere od accettare così gravi ed importanti conclusioni. Non convenne che i Corpi collettivi non corrispondano per la compilazione di lavori statistici, e che perciò debba tassativamente affidarsi cotale incombenza ai segretari o ad altri membri designati.

Il Borgiotti rispose, che non era sua colpa se il Congresso aveva riserbata all'ultima seduta la discussione sul tema della statistica medica, notò il fatto di aver pubblicate e largamente diffuse, *da lungo tempo colla stampa*, quasi tutte le sue conclusioni sull'argomento controverso. Rese il dovuto omaggio alla scienza ed operosità del Consiglio Superiore sanitario e della maggioranza di quelli Provinciali e delle Commissioni municipali di sanità; ma continuò ad asserire che *alcuni* lavori, ed in special modo la redazione delle tabelle statistiche, devono essere affidate ad *una sola* mano e con una *diretta responsabilità*, sempre però sotto l' influenza direttiva dei Consigli sanitari creati dalla Legge.

Sorse il prof. De Pietra Santa, inviato al Congresso dal Governo francese, e ricordata l'adesione da esso e da altri colleghi di quella Nazione pubblicamente data alle proposte del Borgiotti: notato come quelle presentate al Congresso, (se si eccettui la inchiesta sugli aborti, a proposito della quale si potrebbe, *se non in massima, in pratica* non esser concordi) erano quelle stesse da lungo tempo conosciute e nella attuale esposizione favorevolmente accolte ed applaudite; nè il Congresso approvandole e facendole sue proprie, avrebbe corso rischio di una risoluzione avventata, terminò col dichiarare che neppure vi sarebbe stato bisogno della sanzione di questa Assemblea, inquantochè la *Commissione internazionale di statistica*, composta dei plenipotenziari di tutti gli Stati civili, aveva già in gran parte adottate le massime direttive e di pratica così chiaramente espresse da Relatore; nè era menomamente a dubitarsi, che *anche le rimanenti* avrebbero la stessa autorevole approvazione.

Aggiunse in fine che il Borgiotti poteva *esser ben soddisfatto* del

resultato dei suoi studi; ed il Congresso, dell'opera affidata ad uno dei più antichi ed affezionati membri della Medica Associazione.

Dopo altre osservazioni del prof. Zucchi che insisteva per la votazione delle proposte *capo per capo*, il Congresso adottò *ad unanimità* il seguente *ordine del giorno* proposto dal prof. Ratti e consentito dai Signori De Pietra Santa, Zucchi ed altri:

« Il Congresso udita la dotta relazione del socio Borgiotti, basata « sulla statistica medica-demografica comunale, affida alla Commissione « esecutiva dell'Associazione, la pronta attuazione delle proposte fatte « dal Relatore. »

Esposizione Medica durante il Congresso.

Questa Esposizione, chiusa insieme al Congresso, occupava due sale assai grandi della nuova Scuola medico-chirurgica.

Essa comprendeva diverse sezioni: strumenti chirurgici, preparazioni chimiche e farmaceutiche speciali; acque minerali; pubblicazioni scientifiche venute alla luce nell'ultimo biennio; disegni di spedali; preparati anatomici e specialmente istologici, ecc., ecc.

Il Comitato medico pisano aveva incaricato la Camera di commercio di Pisa di ricevere essa, o direttamente, o col mezzo delle rispettive Camere di commercio, gli oggetti da esporsi, che venivano poi consegnati ad una Commissione speciale che aveva l'incarico di ordinarli nelle diverse sezioni.

Faceva parte di questa Commissione, l'infelice dott. C. Parrini, che erasi specialmente occupato di ordinare e disporre gli strumenti chirurgici e le pubblicazioni scientifiche. Il prof. Barbaglia, aveva avuto cura speciale della parte chimico-farmaceutica.

Le singole sezioni erano benissimo rappresentate. Il numero degli espositori era certamente ragguardevole, tanto più se si consideri che l'esposizione doveva essere rigorosamente italiana e nulla poteva esservi ammesso che non avesse la fede di battesimo di casa nostra. Fra gli strumenti chirurgici, compresi quelli di spettanza ostetrica e quelli destinati alla galvanoterapia, furono molto ammirati gli strumenti esposti dal sig. Bussadori di Firenze, dal sig. Biondetti di Bologna e dal signor Baldinelli di Milano. Vi erano anche strumenti di nuova invenzione, che vedrete accennati nella nota dei premiati.

Fra i prodotti farmaceutici fece gradita impressione il vedere due prodotti che finora si facevano venire dall'estero a caro prezzo; cioè il latte condensato e il Koumys; il primo si prepara a Milano da una compagnia italiana; il secondo a Firenze, dai signori Astrua e Tramonti, sotto la direzione del dott. T. Tommasi come quello che ha trovato il processo per prepararlo fra noi di buona qualità ed a mitissimo prezzo.

Vi erano numerosi disegni e numerosi progetti di Ospedali; per esem-

Tampico, si stanno facendo delle grandi piantagioni di *eucalyptus* onde opporre, se è possibile, una barriera all'invasione del tremendo morbo. Altre piantagioni si faranno pure nelle località esposte alla influenza della *malaria* e delle febbri miasmatiche.

D'altra parte poi scrive la *Gazzetta d'Augusta*, con le piantagioni di *eucalyptus* si rimedierà alla mancanza di alberi che regna in molte parti del paese, e specialmente in molti luoghi della costa occidentale, mancanza che dovette contribuire assai alla siccità dalla quale fu prodotta la carestia, che pur infieriva in quei paraggi.

(*Dalla Gazzetta Ufficiale del Regno*, 1878, N. 175, p. 2923).

Premj conferiti dal R. Istituto Lombardo a lavori d'argomento medico nell'adunanza del 7 novembre 1878.

1.° Concorso della fondazione Secco-Comneno.

Tema: « Indicare un metodo di cremazione dei cadaveri, da sostituirsi all'attuale inumazione. »

Quattro concorrenti. Il premio di lire 864 aumentato di lire 250 elargite dalla Società italiana per la cremazione dei cadaveri, è conferito al signor ing. Siemens Federico di Dresda.

Altro tema: « Del suicidio in Italia. »

Sei concorrenti. È conferito un primo premio al dott. Enrico Morselli Direttore del Manicomio di Macerata, ed un secondo premio al dott. Serafino Bonomi Direttore dell'Ospedale di S. Anna in Como e dell'annesso Manicomio.

2.° Concorso della fondazione Fossati.

Tema. « Delle funzioni dei lobi anteriori del cervello umano, tenuto particolar conto delle opinioni dei moderni sull'origine e la sede della parola, ecc. »

Quattro concorrenti. Primo premio, di lire 2000, al dott. Filippo Lussana Professore di fisiologia nella R. Università di Padova, socio corrispondente di questo Istituto. Secondo premio, di lire 500, al dott. Genesio Morandi riminese.

3.° Concorso al premio straordinario Castiglioni.

Tema: « Dimostrare se debbasi dare le preferenza alla vaccinazione animale o alla vaccinazione umanizzata, ecc. »

Quattro concorrenti. Premiato il lavoro dei signori dottori Felice Dell'Acqua socio corrispondente di questo Istituto e dott. Gioachino Grancini, chirurgo aggiunto all'Ospedale Maggiore di Milano.

Programma di concorso; ai premi stabiliti dalla provincia di Milano in occasione del 4° Congresso dell'Associazione nazionale dei medici condotti del 1877.

1° *Quesito.* — « Storia etiologica e clinica di una malattia epidemica contagiosa ch'abbia dominato in modo costante per un periodo di tempo più o meno lungo, in una Condotta medico-chirurgica durante il biennio 1878-1879, rilevando la circoscrizione topografica, le varietà climatologiche e le particolarità demografiche del luogo invaso dal morbo. »

2° *Quesito.* — « Topografia e statistica medica d'un Comune rurale italiano (1). »

Art. 1. — I premi sono di L. 1000 cadauno, da conferirsi agli autori delle memorie che, sopra l'uno o l'altro argomento, verranno giudicate migliori.

Art. 2. — Il tempo utile per la presentazione dei lavori è fissato a tutto il 30 maggio 1880.

Art. 3. — Saranno esclusi dalla gara tutti i lavori già pubblicati o presentati ad altri concorsi; come pure non vi potranno prender parte i componenti le Commissioni esaminatrici.

(1) Il concetto che mosse il *Comitato provinciale milanese dell' Associazione Nazionale dei Medici condotti* a proporre questo argomento come tema di concorso ad uno dei premj generosamente stabiliti dalla Provincia di Milano, fu quello di incominciare a raccogliere i materiali per una esatta e bene ordinata *Geografia medica italiana*, mercè l'ajuto delle *topografie e statistiche mediche* eseguite dai sanitarj pel tratto di territorio, sul quale esercitano la loro professione.

Senza quindi avere la pretesa di indicare qui tutti gli argomenti che in una *topografia* e *statistica medica* debbono essere presi diligentemente ad esame, ci limitiamo a trascrivere solo i principali, nell'intento di segnare ai concorrenti un indirizzo comune che verrà a rendere più facile il giudizio nella Commissione aggiudicatrice del premio e a dare valore ed importanza pratica a tutti i lavori considerati complessivamente.

A. 1.° Giacitura e confini del comune. 2.° Natura geologica del terreno. 3.° Acque. 4.° Meteorologia (*). 5.° Coltivazioni. 6.° Animali nocevoli. 7.° Malattie.

B. 1.° Fabbricati. 2.° Luce, calore, ventilazione artificiale. 3.° Alimenti. 4.° Bagni. 5.° Sostanze d'uso abusivo (liquori alcoolici, tabacco).

C. 1.° Cenni demografici ed etnografici. 2.° Costituzioni. 3.° Idiosincrasie. 4.° Leva militare.

D. 1.° Allattamento, educazione, istruzione. 2.° Pauperismo e beneficenza. 3.° Condizioni, professioni e mestieri. 4.° Criminalità. 5.° Associazioni. 6.° Religioni. 7.° Costumi (con riguardo speciale ai pregiudizj). 8.° Stabilimenti incomodi, pericolosi e nocivi. 9.° Cimiteri. 10.° Mezzi di comunicazione. 11.° Esercizio medico, chirurgico, ostetrico, farmaceutico e veterinario.

E. 1.° Letteratura medica. 2.° Storia della igiene riguardante il Comune.

(*) Tenuto conto delle osservazioni dell' Osservatorio metereologico più vicino, corrette da osservazioni proprie.

Art. 4. — Tutte le memorie dovranno essere scritte in lingua italiana e in modo intelligibile, e dirette, franche d' ogni spesa, al *Presidente del Comitato provinciale milanese dell'Associazione nazionale dei medici condotti, dott. Malachia De Cristoforis, via Monforte, N. 14, Milano.*

Art. 5. — I concorrenti non dovranno in alcun modo farsi conoscere, e contrassegneranno i loro lavori con un motto, ripetuto sopra una scheda sigillata che conterrà il loro nome, cognome e domicilio.

Art. 6. — La pubblicazione del *motto* nel giornale *La Medicina contemporanea*, varrà per ricevuta del lavoro.

Art. 7. — Chiuso il concorso, il *Presidente del Comitato provinciale milanese dell'Associazione nazionale dei medici condotti* nominerà due Commissioni composte ciascuna di cinque membri, coll' incarico di esaminare i lavori e di conferire i premj. — Appena costituite le Commissioni, si pubblicheranno i nomi dei membri che le compongono.

Art. 8. — La proclamazione dei premiati sarà fatta in occasione del Congresso dell'*Associazione nazionale dei medici condotti*, che avrà luogo nel 1880.

Art. 9. — Tutti i lavori presentati al Concorso, verranno conservati nell'Archivio dell'*Associazione* e si restituiranno solo quelli reclamati dagli Autori per la stampa.

Milano, li 6 settembre 1878.

Dott. Malachia De Cristoforis.
Presidente del Comitato prov. milanese
dell'Associazione nazionale dei medici condotti.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI PATOLOGIA GENERALE E SEMEJOTICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

(Dalla pag. 289 alla pag. 303).

Litten — *Sulla influenza delle alte temperature sull'organismo*
Penzoldt — *Sul modo di comportarsi de' versamenti sanguigni nelle cavità sierose.*
Aufrecht — *Rumore sistolico e diastolico prodotto da stringimento della sinistra arteria polmonale.*
Weigert — *Intorno al croup ed alla difterite.*
Cohnheim e Maas — *Contributo alla dottrina della metastasi dei tumori.*
Niedieck — *Della neurite migrante e delle sue conseguenze.*
Rosenback — *Ricerche sperimentali intorno alla nevrite.*
Zuelzer — *Studj sull' infezione putrida e sulla presenza di alcaloidi velenosi nelle sostanze putride.*
Fürbringer — *Intorno alla escrezione dell'acido ossalico colle urine.*
Strümpell — *Sulla presenza dell'acido solforoso nell'orina dell'uomo.*
Niemann — *Contribuzione alla dottrina della cistinuria nell'uomo.*
Stein — *Sull'urina alcalina, per la presenza d'un alcali fisso, specialmente considerata in rapporto colle malattie dello stomaco.*
Runeberg — *Delle condizioni patogeniche dell'albuminuria.*
Teissier — *Albuminuria d'origine nervosa.*
Eichhorst — *Influenza dell'impedito scambio dei gas della respirazione sulla cifra dell'urea nell'urina.*
Platen — *Esperienze sulla degenerazione grassa degli epiteli renali.*
Bochefontaine e Bourgeret — *Sulla sensibilità del pericardio allo stato normale e patologico.*
Baumgarten — *Ricerche sopra la così detta organizzazione dei trombi da legatura.*

RIVISTA OSTETRICA

del dottor GUELMI.

(Da pag. 304 a pag. 324).

Murphy Giacomo — *Utero e vagina doppii.*
Barton R. — *Allungamento ipertrofico considerevole del collo uterino a termine di gravidanza, incisione e dilatazione forzata.*

Duncan Matteo — *Parto impossibile per ipertrofia dei reni.*
Schucking A. — *Trattamento antisettico del canale genitale della donna.*
Zweifel — *Cura profilattica della febbre puerperale.*
Liman — *Dilatazione del collo pel trattamento delle emorragie uterine.*
Pollard Giacomo — *Emorragia consecutiva al parto curata colla terebintina.*
Griffiths — *Nuova cura dell'emorragia postpuerperale.*
Atthil e Gusserow — *Trattamento delle emorragie uterine per le injezioni d'acqua calda.*
Cristie — *Nuovo strumento per arrestare le emorragie dopo il parto.*
Ashe — *Injezioni intrauterine di segale nelle emorragie dopo il parto.*
Runge — *Ricerche sull'influenza che esercita la temperatura progressiva d'una donna incinta sulla vita del feto.*
Chamberlain — *Rapporto degli organi orinarii colle affezioni puerperali.*
Reimann — *Entrata simultanea di due teste di gemelli nel piccolo bacino.*
Macdonald — *Natura e meccanismo della rottura spontanea dell'utero nella sua porzione cervicale.*
Collin Mackenzie — *Caso di idrorrea.*
Jakesch G. — *Evoluzione spontanea con feto vivo e coesistenza d'iperplasia cistica della vagina.*
Murillo — *Trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza mediante la dilatazione del collo.*
Dujardin-Beaumetz — *Cura dei vomiti incoercibili dalla gravidanza colla polverizzazione di etere.*
Marion Sims — *Cura dei vomiti incoercibili della gravidanza.*
Engelmann — *Cefalotribo e cranioclaste.*
Klen — *Della decapitazione del feto in certi casi di versione impossibile.*
Verardini Ferdinando — *Ricerche sulla causalità del soffio utero-placentare, e nuove osservazioni confermative l'utile dell' ascoltazione entro-vaginale.*

RIVISTA DI ODONTOJATRIA

del dott. M. L. FARAONI.

(Da pag. 324 a pag. 353).

Giornale di Corrispond. dei dentisti — *Dell'estrazione dei denti.*
Finlayson — *Sui pretesi pericoli dell' odontiasi e sul taglio della gengiva.*
Campbell — *Sordità guarita coll'estrazione dei denti.*

Magitot — *Casi di periostite alveolo-dentaria trattata colla resezione e consecutiva ripiantazione dei denti.*
Rabatz — *Trapiantazione e ripiantazione dei denti.*
Kingsley — *Casi di irregolarità dentali.*
Idem — *Cura di irregolarità.*
Idem — *Cause di irregolarità nello sviluppo dei denti.*
Mantegazza — *Il terzo molare nelle razze umane.*
Stevart — *Dei mezzi propri ad impedire la carie dentaria.*
Owen — *Sciringa dentale perfezionata.*
Rottenstein — *Dentifrici.*
Maurel — *Dell'azione locale delle sostanze medicinali sui denti.*
Lage — *Carvacrol come antalgico.*
Croumer — *Rimedio contro l'odontalgia.*
Smith — *Goccie antiodontalgiche.*
Pinard — *La gengivite delle donne gravide.*
Panas — *Odontoma.*
Guérard — *Osservazione d'una cisti follicolare del dente di saggezza inferiore.*
Reynaud — *Studio sulle cisti del mascellare inferiore.*

BIBLIOGRAFIA.

Macari — *Ostetricia, ginecologia e pediatria* — 354.
Pajusco — *Fisiologia ed igiene del parto* — pag. 354.
Memorie e documenti per la Storia dell'Università e degli uomini più illustri che v'insegnarono — pag. 355.
Balmanno Squire — *Atlas of the diseases of the skin* — pag. 358.
Id. — *On the treatment of chronic eczema by a glicerole of the sub acetate of lead* — pag. 360.

NECROLOGIA.

Luigi Ciniselli — pag. 361.

VARIETÀ.

Congressi medici di Pisa — pag. 368.
Ovariotomia — pag. 386.
L'Eucaliptus e la febbre gialla — 386.
Premj conferiti dal R. Istituto Lombardo a lavori d'argomento medico nell'adunanza del 7 novembre 1878 — pag. 387.
Programma di concorso ai premj stabiliti dalla Provincia di Milano in occasione del 4.° Congresso dell'Associazione nazionale dei medici condotti del 1877 — pag. 388.

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA (1).

---

1. Gore — *Legatura dell'arteria innominata per aneurisme della succlavia.*
2. Marinelli F. e Zuccarelli A. — *Amputazione del braccio destro per aneurisma diffuso traumatico consecutivo dell'arteria brachiale.*
3. Gallozzi — *Aneurisma varicoso della femorale; legatura dell'iliaca esterna, indi della femorale.*
4. Turretta A. — *Contributo alla statistica delle legature dell' arteria femorale comune.*
5. Mazziotti — *Aneurisma spontaneo della poplitea dritta guarito colla flessione forzata della gamba.*
6. Mazzoni — *Mixo-sarcoma alla regione parietale sinistra; estirpazione; morte.*
7. Bassini — *Mixo-sarcoma alla regione masseterica sinistra.*
8. Mazzoni — *Linfoma alla regione parotidea sinistra. enucleazione; guarigione.*
9. Gallozzi — *Due casi di encondro-sarcoma della regione parotidea.*
10. Bottini — *Esportazione totale della parotide e glandole linfo-sarcomatose alla cervice.*
11. Medini — *Esportazione completa della parotide.*
12. Rose — *La morte per gozzo e la cura radicale dello stesso.*
13. Bottini — *Tre casi di esportazione totale di gozzo parenchimatoso. Guarigione.*
14. Mazzoni — *Contributo alle operazioni sulle ossa.*
15. Bassini — *Contribuzione alle resezioni.*
16. Gallozzi — *Resezione completa dell'articolazione omero-cubitale destra; guarigione.*
17. Buonomo A. — *Resezione del gomito eseguita dal prof. V. Mantone.*
18. Prideaux — *Nota sulle resezioni delle giunture delle falangi.*

(1) Gli articoli segnati col N. 1, 18, 19, 21 e 22 sono del dott. Parona; quelli col N. 2, 3, 4, 5, 16, 17, 20, 26, 28 e 30 del dott. Bossi; gli altri del prof. Scarenzio, meno il N. 12 scritto dal dott. Cavagnis.

19. Lesi — *Storia d'una disarticolazione del femore seguita da guarigione.*
20. Köhler — *Le fratture complicate.*
21. Smith — *Straordinario accidente nella riduzione di una slogatura dell'omero.*
22. Trendelenburg — *Caso di gastrotomia felicemente operato.*
23. Aonso — *Tumore ipertrofico della milza, disordini della digestione, circolazione, ascite; splenotomia, morte.*
24. Turati A. — *Riduzione mediante il taxis di un'ansa intestinale strozzata attraverso ad una lacerazione del sacco erniario.*
25. Bottini — *Esportazione di fibro-encondroma colossale della pelvi.*
26. Scarenzio — *Due casi di varicocele guariti mediante la legatura elastica temporaria.*
27. Berti — *Quattro casi di puntura capillare della vescica.*
28. Clementi — *Nuovo processo operatorio per il prolasso del retto mercè schiacciamento rapido rettilineo ed escisione.*
29. Gallozzi — *Tre casi di tumori emorroidarj trattati cogli enterotomi modificati.*
30. Berti E. — *Esportazione di grosso tumore emorroidario e trasfusione sanguigna.*

Legatura dell'arteria innominata per aneurisma della succlavia; del dott. Gore. (*Lancet*, luglio 1878).

Sebbe quest'operazione sia stata eseguita vent'anni fa, tuttavia l'Autore giustamente ha pensato di farla conoscere se non foss' altro quale contribuzione alla storia della chirurgia operativa.

D. D. d'anni 52, di statura alta, ben fatto e muscoloso fu ammesso nell'ospedale di Bath il 22 settembre 1856. Circa tre anni prima aveva avvertito un tumore nell' ascella del volume di una noce. In poche settimane questo tumore gonfiossi in modo da cagionargli un dolore che si estendeva fino al gomito. Dopo di che rimase stazionario fino alla primavera del 1856 nella quale incominciò ad ingrossarsi rapidamente con dolore crescente, e fu rilevata la pulsazione.

All' accettazione, si trovò un grosso tumore pulsante, che occupava l'ascella destra, e si estendeva in alto sotto i muscoli pettorali e la clavicola, fino a venire in contatto coi muscoli scaleni. Il paziente pareva abbastanza bene in salute, quantunque angustiato per il dolore ed il bisogno di dormire. Il polso era ad 80 e la funzione cardiaca e polmonare del tutto naturale. L' intero tumore pulsava più o meno distintamente, con soffio aneurismatico.

La gonfiezza arrivava così presso agli scaleni da rendere l' applicazione della legatura al lato cardiaco impraticabile.

La legatura dell'innominata venne decisa dopo consultato cogli altri chirurghi dell' ospedale, e fu eseguita colla cloroformizzazione il

24 settembre 1856. Fu fatta un' incisione un poco sopra il margine superiore della clavicola paralellamente al suo terzo interno e portata circa un pollice oltre la giuntura sterno-clavicolare. In questo punto l'incisione fu congiunta con una seconda condotta lungo la porzione interna del muscolo sterno-mastoideo. Il lembo così formato veniva arrovesciato all'insù ed esternamente, comprendendo in esso le inserzioni sternali dello sterno-mastoideo. I muscoli sterno-joideo e sterno-tiroideo furono allora accuratamente divisi vicini allo sterno. A tal punto una vena di un discreto calibro fu legata in due punti e divisa. Una minuta e circospetta dissezione scoperse l'arteria innominata: un ago aneurismatico fu passata dietro essa dal lato esterno, ed il vaso legato con un laccio di canapa. La pulsazione cessò d'un tratto nel tumore e nelle arterie del braccio e della faccia al lato destro.

Le difficoltà pratiche dell' operazione non furono in nessun modo grandi, ed in soggetto di collo lungo sono certamente minori che nella legatura della succlavia al lato esterno degli scaleni. La quantità di sangue perduto fu affatto insignificante. Il membro venne inviluppato in bambagia e fascie di lana. L'ammalato passò una buona notte coll'ajuto degli oppiati, ed il giorno dopo disse di sentirsi molto sollevato. Non eravi alcuna pulsazione nel tumore, e neanche nelle arterie del braccio, quantunque debolmente si sentisse alla temporale; polso 110, pelle fresca.

28 settembre. — Ebbe un accesso a freddo nella notte, vi era tosse leggera ed un po' di rossore intorno alla ferita che incomincia a suppurare.

I tre punti di cucitura messi vengono levati.

1° ottobre. — Il rossore è diminuito; il polso a 108, la tosse quasi scomparsa ed il paziente ha dormito benissimo.

5 ottobre. — Ha avuto un secondo accesso di freddo seguito da tensione del tumore e del braccio. Questo per altro conserva una buona temperatura, ed il sangue si muove adagio verso il cuore.

La cura consiste nell' impiego abbondante d'oppiati e stimolanti.

8 ottobre. — I sintomi sfavorevoli sono quasi scomparsi, la ferita ha bell' aspetto e suppura moderatamente; ma si nota che la legatura ha un impulso trasmessole da ciascun battito del cuore.

L'ammalato stette bene fino al 10 ottobre, ossia al diciasettesimo dall'operazione, quando, sotto un accesso di tosse, un coagulo di color scuro escì dalla ferita e fu seguito per quindici minuti da un zampillo di sangue arterioso che continuò a fluire sino alla morte del paziente.

La necroscopia fu eseguita 14 ore dopo la morte. L'arteria innominata fu trovata parzialmente divisa di traverso dal laccio che stava attaccato saldamente. La sua estremità cardiaca era increspata, e parzialmente otturata da un grumo duro lungo tre quarti d'un pollice.

Il tumore aneurismatico era molto ridotto di volume, e pieno di coaguli duri occupanti l'arteria succlavia, l'ascellare e la parte superiore dell'omerale. Aveva una forma allungata fusiforme, e dal lato cardiaco

L' infermo, infatti, veniva eterizzato, e l'amputazione si eseguiva senza gravi accidenti, specialmente di emorragia essendosi fatta comprimere la succlavia nel punto che esce dagli scaleni. La medicazione veniva fatta alla Lister.

In seguito all'operazione la febbre fu poca, pochissima la suppurazione. Dopo non più che venti giorni il laccio era caduto, la ferita interamente cicatrizzata e l'infermo guariva.

Aneurisma varicoso della femorale Legatura dell' iliaca esterna, indi della femorale; del prof. GALLOZZI. (*Morgagni*, luglio 1878).

Nello scorso inverno veniva accettato nella Clinica del prof. Gallozzi un giovane affetto da ferita dell'arteria femorale sinistra con aneurisma falso diffuso.

La coscia omonima era cresciuta di volume al disopra del condilo interno del femore fino presso l'arcata crurale; misurava una circonferenza di circa 60 centimetri. La femorale era spostata di tanto che appena le sue pulsazioni erano percettibili presso il gran trocantere. Un movimento di pulsazione si propagava alla mano palpando su tutta la coscia; ascoltando si percepiva il soffio; l' infermo era profondamente anemico.

Non essendo possibile la compressione, per lo spostamento dell' arteria, nè l' incisione per non sapersi dove fosse lesa la stessa, l' operatore decidevasi per la legatura dell' iliaca esterna, giacchè premendo sulla crurale cessava ogni pulsazione.

Fatta l'operazione senza accidenti di sorta, dopo pochi giorni riapparvero i sintomi dell'aneurisma. Il tumore nondimeno s'era ridotto di circa un terzo del suo volume, la femorale faceva sentire le sue pulsazioni al triangolo di Scarpa e compressa cessava la pulsazione del tumore.

Facevasi allora la legatura della femorale ed ogni cosa premetteva bene, quando dopo 4 o 5 giorni il tumore pulsava nuovamente; per altro, sotto la fasciatura permanente compressiva, esso si era tanto ridotto che l'infermo poteva camminare.

Si giudicava allora essere il fatto patologico più complesso, trattarsi cioè di un aneurisma artero-venoso per ferita simultanea dell'arteria e della vena.

Non ritenendosi prudente allacciare l'arteria al disopra e al disotto del punto di comunicazione colla vena, affine d'obliterare il canalicolo che metteva in comunicazione i vasi, atteso il deperimento generale dell'infermo e d'altra parte sapendosi dall' istoria della chirurgia come possa ottenersi la guarigione anche colla semplice compressione mediante una fasciatura espulsiva, si ricorreva a questo espediente. Coadjuvavasi poi la cura coll'applicazione della corrente elettrica all'esterno mercè l'apparecchio a corrente costante di Onimus con ventisette elementi in funzione.

L'ammalato, poteva lasciare l'ospedale ed oggi sta benissimo.

Contributo alla statistica delle legature dell'ar
del dott. Antonio Turretta, chirurgo primario
Trapani. (*Morgagni*, febbraio e marzo 1877).

Dopo aver enumerate le statistiche fatte dai
legatura della femorale comune e rilevate le serie
trano, difficoltà che danno ragione della ripugnai
procedere a quest'operazione, racconta il seguente
dove la legatura di quest'arteria fu seguita da er
si dovette ricorrere alla legatura dell' iliaca ester

La mattina del 28 dicembre 1875 veniva porta
e prendeva posto nel letto N. 1 della prima sezi
Gemma Giovanni, di anni 21, carrettiere, da Trapani
quattro giorni avanti, una ferita da punta e tagli
gione anteriore della coscia destra, lungo il decors
Il medico curante che l'accompagnava riferì che
bondante nel primo momento e di carattere arte
diante chiusura della ferita, con un punto di sutu
compressiva sull'arto, ma si riprodusse impetuosa
e continuò a riprese tutto il domani senza caus
l' infermo domandò d'essere portato all'ospedale.

L'esame della parte lesa faceva subito scorge
larga di un centimetro sovrastante ad una rileva
col maggior diametro secondo l' asse dell' arto
avea pulsazione espansiva, sincrona alle sistole
zione si percepiva forte soffio unito a legger rum
mendo l'arteria sulla branca del pube, la pulsa
volume del tumore diminuiva. Insomma erasi f
falso traumatico, primitivo, vastissimo, che si est
riore del terzo medio della coscia fino verso la p
dita trasverse al disotto di questa.

Il sangue veniva fuori dalla ferita ad ogni pi
l'arto; l' infermo ne avea già perduto in quanti
robusto, di molto valida costituzione organica, pi
ed era in preda ad un abbattimento considerevol
cardiaco vascolare, fatto con massima diligenza,
alcun indizio di alterazione organica di esso.

Fu tentata la compressione digitale sul pube;
visto che l' infermo la sopportava male, e disper
con questo metodo un aneurisma così vasto, si p
legatura della femorale comune col metodo di A
seguita maestrevolmente dall'egregio dott. Lampi
sezione e direttore dell'ospedale, e nessun accide
nè durante l'operazione, nè nei giorni successivi.

La ferita della legatura conservò sempre un a
il laccio cadde al quattordicesimo giorno. Ma q

nifestò emorragia secondaria, la quale cessava tosto che si esercitava compressione sulla branca del pube, per ricomparire con intermittenza varia quando la pressione veniva interrotta.

Ciò non pertanto questa fu continuata per tre giorni di seguito con lo scopo principale di attivare la circolazione collaterale, fino a che lo stesso dott. Lampiasi procedette alla legatura dell'arteria iliaca esterna col processo di Cooper.

Nessuno dei possibili accidenti consecutivi a quest' operazione si manifestò: la temperatura dell'arto si abbassò di poco e non vi fu il menomo timore di gangrena; la qual cosa potrebbe sorprendere, perchè la brevissima durata della compressione sulla branca pubica non potè dar luogo allo sviluppo maggiore della circolazione collaterale, se non fosse omai convalidata l'opinione, che causa principale di questa gangrena è l'impicciolimento o l'obliterazione dei vicini tronchi venosi per la compressione del tumore (Erichsen. *Scienza e arte della chirurgia*, vol. II, fasc. XLV, p. 123); la quale nel caso nostro, malgrado la vastità dell'aneurisma, non poteva essere considerevole, perchè il tumore di recente formato non avea acquistato durezza e tensione tale da produrre l'obliterazione suddetta. Il laccio cadde al 18° giorno e dopo altri trenta giorni l'operato lasciò l'ospedale perfettamente guarito, ritornando poco di poi all'esercizio del suo mestiere.

Questo caso, soggiunge l'Autore, è una prova di più contro la legatura della femorale comune; infatti quest'arteria nel suo piccolo tragitto ha in vicinanza la circonflessa iliaca, la epigastrica, la femorale profonda, le cui anomalie d'origine sono ben note; inoltre l'arteria epigastrica superficiale, le pudende superficiali e profonda esterna, ecc., hanno origine dalla femorale comune; questi vasi sono un serio impedimento al coagulo.

In vista di questa considerazione l'Autore passa in disamina i varii metodi di cura posti in uso in riguardo agli aneurismi, che riduce a tre la compressione diretta, l'indiretta e la legatura.

La compressione diretta crede esser utile in aneurismi piccoli, su piani resistenti ed in soggetto giovane e di età media, mai negli aneurismi della femorale per la possibile sua diffusione nel tessuto lasso circostante e l'infiammazione del sacco.

La compressione fatta con fasciatura anche elastica su tutto l'arto merita attenzione, ha però il grave inconveniente di sospendere interamente la circolazione dell'arto.

La compressione indiretta vuole sia da tentarsi sempre avanti di procedere alla legatura sebbene raramente creda riesca vantaggiosa quando l'aneurisma è al disopra della coscia.

Passa poi l'Autore un esame critico dei varii metodi di legatura e fra questi preferisce il metodo antico di Scarpa e il metodo di Anelio e viene a conchiudere che nel caso speciale di aneurisma puramente traumatico della femorale, in cui non è possibile legare l'arteria femo-

ra'e superficiale con quest'ultimo metodo, piutto
gatura della femorale comune, col pericolo gra
secondaria, dopo aver tentato senza effetto la
devesi dare la preferenza al metodo antico, s
rinvenire l'arteria e legarla sopra e sotto la fe

Aneurisma spontanea della poplitea destra
forzata della gamba. Considerazioni patologico-
ZIOTTI. (*Morgagni*, agosto e settembre, 1877).

L'Autore premette, che fa la descrizione di
sempre più confermare la utilità dell'applicazio
della gamba sulla coscia nella cura di talun an

L'ammalato era un segatore di marmi, il qua
nell'ospedale per aneurisma della poplitea destra
rente; nella regione poplitea si vedeva un tu
superiore di detto spazio si estendeva in sotto
circa un centimetro e mezzo il massimo diame
sanga; il detto tumore avea la grandezza di u
maggior volume occupava tutta la metà superio
mostrando la sua maggior sporgenza alla facci
riore della coscia, rasentando quasi il livello
femore. Questo tumore era pulsante ed in m
diale, era fluttuante, ecc., presentava insomma
risma L'ammalato, poi, è bene notare, era da
sifilide costituzionale.

Fatta diagnosi di aneurisma spontaneo dell'
misto esterno, e riconosciuta come cause occ
esagerati e ripetuti movimenti di flessione ed
fermo si era esposto per motivi del mestiere,
cura la flessione forzata della gamba sulla co

Giacendo il tumore aneurismatico in alto ne
triangolo femorale, ed essendo il suo involucro
della parete posteriore dell'arteria, e propriame
ed ispessita, la compressione diretta esercitat
sporgente della gamba spingendolo contro le m
dell'estremità inferiore posteriore della coscia
del tumore dovea riescire più opportuna ed effic
dall'ordinare al paziente di tenere, ad intervalli
in un leggiero grado di semi-flessione, non es
porlo immediatamente all'intiera flessione perc
destando dolori vivissimi nell'articolazione ch
biar di posizione ed a distendere la gamba. A
di flessione temporanea andò l'infermo gradat
verso il 7° o 8° giorno fu possibile di flettere
sulla coscia sino al punto, che il calcagno tocc
spondente; ed una tale posizione non solo si p

nere, ma non gli arrecava molestia di sorta, finchè al secondo giorno della sua permanenza, quantunque il tumore fosse ancora pulsante, pure lo era in modo più debole ed appena percettibile ed il suo volume di molto impicciolito. Questi fatti che rivelavano al chirurgo, che il sangue perveniva tuttavia, quantunque in poca quantità e con maggior debolezza nel cavo aneurismatico, anzichè deviarlo dal suo proponimento, gli ispirarono maggior fiducia nella continuazione dell'intrapreso metodo di cura; ed a far mantenere l'arto in una permanente flessione non adoperava alcun apparecchio speciale, ma con una semplice fascia a due gomitoli circondava prima per più volte il piede ed il quarto inferiore della gamba, coperti antecedentemente di ovatta, e poscia, portando i due gomitoli uno sul lato esterno e l'altro sul lato interno, circondava eziandio la coscia soprastante nel suo terzo medio, ed infine con diversi giri ne legava i capi intorno al tronco.

In questa posizione e con sì alto grado di flessione, rimase il paziente per circa una settimana, durante la quale avvertiva formicolio ed intorpidimento maggiore nell'arto e specialmente nel piede, ma alla perfine il tumore cessava di pulsare, i suoi caratteri stetoscopici erano spariti, il suo volume si riduceva a meno del terzo delle proporzioni primitive, la sua consistenza si rese uniformemente dura, elastica; l'aneurisma era guarito. Dopo qualche giorno ordinava la graduale distensione dell'arto che con un po' di ginnastica riacquistava tutti i suoi movimenti.

L'Autore crede, che effetti sì favorevoli con tal metodo sian dovuti a tre principali condizioni, alla tolleranza del rimedio, alla sede del tumore, alla sua forma.

Mixo-sarcoma alla regione parietale sinistra — Estirpazione — Morte; del prof. Costanzo Mazzoni. (*Anno 4° e 5° di Clinica Chirurgica.* Roma, 1878. Oss. CXX).

Un campagnolo, di 33 anni, all'età di 10, incominciava a soffrire di molestia non bene definibile alla regione parietale destra, susseguita dalla comparsa di un nodulo sotto al cuojo capelluto. con lentissima cresciuta arrivava desso in 21 anni al volume di una noce prendendo negli ultimi due un rapidissimo sviluppo in modo da raggiungere quello di una testa fetale. Di forma rotonda ed equabile, aveva consistenza pastosa nè presentava bernocoli; la pelle che lo ricopriva era sana e mobile e spostabile poteva dirsi il tumore sul cranio. Si opinava trattarsi di un sarcoma, probabilmente fuso-cellulare, sviluppatosi nella spessezza dalla parete di un'ateroma e lo si operava coll'estirpazione, conservando due lembi onde ricoprire, come si fece, la scontinuità prodotta da essa. L'infermo moriva dopo dieci giorni con fenomeni di setticoemia.

L'analisi microscopica induceva la convinzione trattarsi di mixo-sarcoma.

Mixo-sarcoma alla regione masseterica sinistra; del dott. Edoardo Bassini. (*La clinica operativa di Pavia*, Genova 1878).

Un contadino, d'anni 24, all'età di 16 avvertiva un tumoretto grosso

tagonismo dei muscoli di questo lato su quelli del sinistro entrati quasi in uno stato di paralisi per un disturbo di circolazione od innervazione in essi avvenuto, ma ben presto, col riordinarsi dal circolo sanguigno, il tutto ritornò allo stato normale e l'operato guariva completamente.

Caso 2.° — Un giovane di 28 anni, presentava alla regione parotidea destra un tumore bernoccoluto che misurava 23 centimetri nel suo diametro verticale, 25 nel trasverso e 44 in giro, di consistenza fra il duro e l'elastico con noduli durissimi al tatto ed altrettanti punti molli; la pelle che lo copriva di colore naturale, tesa e poco mobile. Anche questo tumore datante da 14 anni gradatamente era cresciuto al detto volume; era evidentemente un encondro-sarcoma superficiale.

Onde esportarlo, il prof. Gallozzi, eterizzato l'infermo, faceva due incisioni semicircolari, comprendendovi un pezzo di cute ed eseguiva la enucleazione garentendo con cura i grossi tronchi vasali. La medicatura venne fatta per prima intenzione e l'operato guariva prontamente.

Esportazione totale della parotide e glandole-linfo-sarcomatose alla cervice; del prof. Enrico Bottini. (*Giorn. della R. Accad. di medicina* in Torino, 1878).

La storia che porta questo titolo venne redatta dallo studente signor Bono; spiace che l'abbia fatto con sì scarsi dettagli da non apparire dalla descrizione l'importanza e specialità del fatto quale viene enunciato.

Quì la riportiamo esattamente:

La signorina P. F. di Sarzana, d'anni 19, nubile, di professione maestra elementare. Non ricorda malattie nell'infanzia, nè precedenti gentilizii degni di nota. A 14 anni si accorse di una piccolissima tumefazione dura, mobile, affatto indolente, situata inferiormente all'angolo della mandibola destra. Il dottore, cui la signora P. ricorse, le prescrisse dello sciroppo di genziana ferruginoso per promuovere la mestruazione, alla comparsa della quale sperava avesse a sparire la notata intumescenza. Fu mestruata a quattordici anni e mezzo, ciò malgrado il tumoretto persisteva nelle sue dimensioni primitive; le venne in allora consigliato l'uso di pomate di jodio e di cicuta, e la cura interna colle acque di Ceresole e di S. Genisio. Questa cura fu continuata per circa un anno, ma inutilmente, anzi negli ultimi mesi l'ammalata si accorgeva che il tumoretto cresceva, sebbene lentamente. Allora sospendendosi ogni altra cura consigliavansi all'ammalata i bagni di mare, che recavanle grande giovamento allo stato generale senza che per questo diminuissero le dimensioni della intumescenza. In seguito ordinavasele la applicazione topica di empiastri di cicuta e la cura dell'olio di fegato di merluzzo; però malgrado un trattamento così energico il tumore continuava a crescere lentamente. Intanto l'ammalata era giunta al suo sedicesimo anno, lo stato generale della sua salute era discreto, le sue mestruazioni continuavano quasi regolarmente, quando avvertiva la presenza di un secondo tumoretto, come il più antico, duro e indolente alla

pressione, situato più indietro e più in alto del primo e che del pa
esso restava immutato contro svariati rimedii. Il prof. Bottini, fa
diagnosi di linfo-sarcoma, e consigliò l' operazione come unica via
guarigione che venne eseguita dopo avere sottoposta l' operanda
cura ferruginosa per migliorare la sua deperita salute. Si esporta
quattro linfomi, grossi quanto un uovo di gallina, e dodici altri a
porzioni più esigue. All' atto operativo non tenne dietro ombra di
zione febbrile; in terza giornata si levarono gli spilli della sutura,
quinta giornata la paziente si alzava dal letto. Il processo ripar
procedeva regolarmente, tranne qualche piccolo ascesso dovuto ai f
allacciatura perduta.

Ad un mese dopo il prof. Bottini faceva l'esame del sangue dell
gnorina P., e trovava quasi normale la proporzione fra globuli ro
bianchi. Lo stato generale immegliò considerevolmente e dall'esame
tumori esportati, avendo il prof. Bottini rilevato, che con molta
simiglianza trattavasi di linfo-sarcoma maligno, le suggeriva a
profilattico la cura interna del liquore di Fowler alternato coll'us
marziali (pirofosfato di ferro).

Indi a sei mesi la paziente avvertiva una nuova tumefazione du
limiti poco marcati, indolente, situata alla regione parotidea dest
prof. Bottini le fece riprendere l'uso delle preparazioni arsenicali e
plicazione topica di una pomata di joduro potassico. Trascorsero
mesi senza che il tumore crescesse notevolmente e si ricorreva all
jezioni parenchimatose del liquore del Fowler giusta i consigli
Tzerny, ma durante questa cura la parte aumentò notevolmente d
lume e di durezza e divenne dolente alla pressione, sì che si dove
sospendere le injezioni e si ricorse alle pennellature di tintura di j
Intanto cresceva il dolore, la tumefazione andava rapidamente di
dendosi alla regione soprajoidea e lo stato generale peggiorava p
insonnia, l'inappetenza e dolori assai vivi. Questi ultimi però cess
quasi affatto, dopo che il prof. Bottini svuotò un ascesso manifes
verso la regione parotidea. In seguito a ciò notò la paziente una
bile diminuzione nella tumefazione, ma la sua salute deperiva ogni gi
malgrado la cura arsenicale e ferruginosa, e ogni giorno aument
la sensazione di spossatezza, l'insonnia, l'inappetenza. Per consigli
prof. Bottini la signorina si recava in montagna (presso Cuneo)
riebbe il sonno, l'appetito e un senso di benessere generale non pr
da molto tempo, cessarono però il loro corso normale le mestrua
Verso la fine d'agosto 1877 il tumore in seguito ad un attacco d'
talgia per carie prese a crescere rapidamente malgrado qualche pe
lazione jodica, e, quando in settembre la signorina P. ritornò a T
esso aveva preso un rigoglioso sviluppo. Il prof. Bottini vedendo rie
inutili le adoperate risorse consigliò una seconda operazione, ch
fatta il giorno 2 del successivo ottobre. Egli esportava tutta la p
tide conglobata con diversi linfo-sarcomi, indi dalla stessa breccia

giunse la regione cervicale posteriore, ove tolse altri due linfomi grossi come un uovo di gallina; l' operazione venne fatta col procedimento antisettico di Lister e non ebbesi altro accidente, tranne la lesione preveduta della giugolare superficiale, che penetrava nella massa morbosa.

Subito dopo l'operazione riapparvero le mestruazioni, dopo una pausa che durava dai primi di luglio, sì lo stato locale, che il generale si conservarono ottimi durante tutto il processo di cicatrizzazione. In terza giornata si levarono gli spilli (nove), si medicò sempre alla Lister. In sesta giornata la paziente abbandonava il letto. Non si ebbe punto reazione e la breccia si chiuse per coalito immediato.

L'operata presentata dopo dì 25 all' Accademia di Torino, tranne la paralisi del 7°, non presentava quasi traccia della grave operazione subìta.

Dal prof. Bottini venne praticato più volte il cateterismo del condotto stenoniano destro, senza che ne escisse una goccia di saliva.

Il prof. Fubini esaminò di nuovo a sua volta il sangue al microscopio, senza che si rivelasse un notevole divario fra i globuli rossi ed i leucociti.

Cinque figure litografiche vanno congiunte alla descrizione di questo caso, rappresenta, la prima la deformità avanti l'operazione; dimostra la seconda il viso corretto col mezzo di essa; la terza ricorda una glandula parotida ingrossata; ed in quanto al risultato dell'analisi microscopica il sig. Bono cade più che mai in una soverchia scarsezza di dettagli limitandosi a dire che l' apposita figura ricorda gli elementi istiopatologici del neoplasma; una quinta figura infine puramente macroscopica raffigura le due glandole tolte dalla cervice, essendovi state con tinte più scure segnate chiazze o focolaj caseosi.

Esportazione completa della parotide; del dott. Luigi Medini. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, agosto, settembre 1878).

Un'impiegato di 35 anni, di cui un fratello moriva per tubercolosi, ed una sorella per suppurazione alla coscia sinistra, senza avere dal canto suo precedenti riferibili alla malattia che presentava, da circa un'anno e mezzo erasi accorto della comparsa di un tumoretto grosso quanto una noce moscata appena al disotto e dietro l' angolo destro della mandibola inferiore. Progredendo in sviluppo andava guadagnando la guancia e l' orecchio corrispondenti, facendosi in pari tempo molesto pel peso, dolente e lancinante, inceppando nei suoi movimenti la mascella e mantenendosi ribelle alle più svariate cure.

Il tumore del volume di un pugno, di forma tendente all' ovoidea, teneva il suo diametro maggiore diretto dall' alto al basso, dall' avanti all'indietro, di colore rosso cupo, coperto dalla pelle sana ma assottigliata, solcato trasversalmente restava diviso in due lobi, l'uno superiore in avanti più piccolo situato di contro al condilo della mandibola ed il zigomatico, l'altro di doppia grossezza inferiore che insinuandosi al di-

bolezza quando è sotto l'azione di uno svenimento durante la narcosi, tale istintivo ajuto del paziente viene a mancare; e perciò allora la trachea risente gli effetti della compressione da parte del gozzo.

Per impedire quindi che insorga una subita stenosi tracheale durante l'operazione dell'estirpazione del gozzo sotto la narcosi, l'Autore consiglia di praticare prima la tracheotomia e d'introdurre una lunga cannula il che egli trova sempre fattibile. All'estirpazione parziale del gozzo preferisce l'intiera e generale, perchè più facile e meno sanguinosa.

Perciò il suo metodo consiste: 1° nel predisporre l'ammalato con applicazione di ghiaccio al collo, riposo a letto, alimentazione liquida e leggiera per prevenire le gravi emorragie durante l'operazione; 2° nel narcotizzare l'ammalato, e praticare un taglio cutaneo a lettera T o a V, scoprendo il gozzo conservandone integra la capsula e nella doppia cucitura dei vasi; 3° tracheotomia ed introduzione della cannula, che resta affidata ad un assistente; 4° finalmente l'estirpazione del gozzo, avendo cura d'incidere fra le due legature dei vasi. La metà dei fili di legatura restano perciò in sito e fanno l'ufficio di drenaggio! la cannula primitiva viene sostituita da una piccola, e la ferita medicata per quanto si può all'aperto.

L'introduzione della cannula può ovviare anche alle mediastiniti purulente che succedono talora.

Sono poi aggiunti cinque casi di decesso in cui le sopraddette cause di morte sono o dimostrate e giustificate e da ultimo è dato conto di cinque estirpazioni totali del gozzo con un sol morto.

Tre casi di estirpazione totale di gozzo parenchimatoso. Guarigione; del prof. Enrico Bottini. (*Giorn. dell' Accad. di medicina in Torino,* 1878).

L'illustre e venerato nostro maestro, il prof. Porta, intorno l'estirpazione della glandola tiroidea (*Delle malattie e delle operazioni della glandola tiroidea.* Milano 1849) così scriveva:

« L'estirpazione di tutta, od anche di un sol lobo della glandola tiroidea come fu praticata da Gooch, Theden, Desault, Graefe, Hedenus ed altri per una malattia qualunque di quest'organo è per massima da volersi rigettare dalla buona pratica. Qualche gozzo voluminoso cadendo sul petto in preda al proprio peso, a poco a poco rallenta i suoi naturali legami, e si distacca talmente dal tubo tracheo-laringeo, che può, fino ad un certo punto, favorire l'estirpazione e la prosperità dell'esito. Ma tutto ciò è di puro azzardo e non può servire di guida nella cura radicale della malattia. Sono tre le ragioni che militano contro l'estirpazione: l'incertezza dell'indicazione, la difficoltà ed il pericolo dell'esecuzione. Le degenerazioni maligne della glandula tiroidea sono rarissime, facilmente complicate e nella loro maturità, quando appunto si rivelano, senza alcuna probabilità di cura radicale, mentre le alterazioni organiche semplici, che formano i broncoceli ordinarii per niun motivo conosciuto possono autorizzare all'estirpazione. Per un'operazione grave di

chirurgia, non basta provare che si può e si riesce, ma bisogna dimostrare che è necessario o indispensabile di fare per la salvezza del paziente. Sventuratamente la maggior parte degli operatori non solo hanno in ciò mancato, ma sembrano avere operato di mero arbitrio, come se la glandola tiroidea non fosse un'organo integrante del nostro corpo e le sue alterazioni rare volte pericolose, non avessero altri mezzi assai più miti di cura e di mitigazione. Inoltre, che si segua un metodo qualunque, si proceda con qualsivoglia diligenza, *si leghino le arterie prima o durante il taglio*, l'estirpare un tumore voluminoso della glandola tiroidea aderente alle vie aeree ed alimentari, talvolta ripiegato dietro la faringe, ovvero immedesimato coi nervi ricorrenti ed il fascio del nervo decimo, la vena giugulare e la carotide dell'uno o dell'altro lato è per chicchessia operazione lunga, penosa e sommamente difficile più atta a compromettere che a rilevare la fama dell' operatore. Ma tutto ciò è nulla in confronto del pericolo che si fa correre al paziente. Non dico l'esportazione totale, ma la parziale di un solo lobo gozzuto della glandola suole essere operazione grave e disastrosa.

« Io ho fatto quattro volte quest'operazione, continua il prof. Porta, scoprendo con ampio taglio, isolando dopo la legatura delle due arterie tiroidee, eppoi escidendo il tumore intero al luogo dell'istmo e lasciando intatto l'altro lobo, che non era e si mostrava appena enfiato: ma l'operazione fu in tutti i casi fatale. Senza contare l' emorragia, che può sorprendere per l' inopinata offesa delle arterie, il pericolo dell' operazione viene dalla vastità della ferita, la lacerazione del tessuto cellulare periferico e la denudazione delle parti nobilissime del collo, i vasi, i nervi, la laringe e la trachea, onde poi succede il flemmone grave e la suppurazione diffusa della tela cellulosa interstiziale, che si fa letale: ovvero si combina l'infiammazione acuta viva delle vie aeree, la laringite e la tracheite, l' infiammazione e suppurazione della pleura e del polmone; ovvero sopravviene l' apoplessia, e l' ammalato muore per esaustione in seguito alla gravezza e diuturnità dell'atto operativo, senza che l'arte abbia mezzi per prevenire o combattere questi funesti accidenti.

« Che si dica la metà dei casi conosciuti avere avuto un'esito felice non deve fare illusione, avvegnacchè parecchi dei medesimi sono incerti, e tutti sanno che nelle operazioni straordinarie, sono più i casi infelici che si tacciono, dei casi felici che si raccontano. Notate che la maggior parte degli scrittori moderni (in allora) i quali acconsentono all'estirpazione della glandola tiroidea, Flajani, Burns, S. Cooper, Hedenus, Velpeau, non fanno che appoggiarsi ai casi volgarmente noti, senza cognizione pratica od esperienza propria in proposito.

« Rifiutando l'estirpazione in massima non si nega che essa non possa riuscire; che anzi alcuni dei casi meglio avverati dimostrano il contrario; ma il rifiuto ha per motivi giustissimi l' inutilità del successo, non richiedendo la malattia un mezzo così violento; e l' eventualità del

medesimo, essendo di gran lunga più probabile la perdita che la salvezza dell'infermo in seguito all'estirpazione: ciò che è un paradosso per una affezione come il broncocele. Sia lode al vero, gli scrittori più assennati, Haller, B. Bell, Boyer, Monteggia, Chelius, l'hanno riprovata; e la massa dei chirurgi, guidata dal buon senso e dal proprio interesse, ha risguardato sempre e risguarda tuttora l'estirpazione della glandola tiroidea come un'operazione inutile e ributtante, per cui in mezzo a migliaja di broncoceli, che furono e sono in tutte le parti del mondo, si possono contare sulle dita i casi di demolizione dei medesimi. »

Così parlava il prof. Porta nell'anno 1849, e da allora i chirurghi, impressionati dalle stringenti di lui argomentazioni ne seguirono i precetti, finchè Luke e Bruns stando sempre alla periferia del tumore e sostituendo alla legatura e recisione delle parti strozzate, già adoperata da Begin e Mayor, il doppio laccio recidendo fra esso, medesimo, ed incidendo fra di essa, sospinsero i chirurghi a nuove imprese figurando ora fra gli operatori, Bruns, Billroth, Lücke, Kappeter, Chelius, Mench, Bottini ed E. Rose, la statistica complessiva dei quali darebbe 92 casi con 19 decessi, vale a dire poco più del 20 per 0[0 di mortalità.

Ma per quanto si riesca a rendere meno astruso il processo operativo e per quanto la statistica conosciuta risulti lusinghiera a petto degli antecedenti disastri, punto non restano infirmati i precetti dell'illustre Porta, restando sempre la estirpazione del gozzo, come giustamente asserisce anche il prof. Bottini « un'operazione imponente che richiede una famigliare conoscenza dell'anatomia topografica ed una calma e sangue freddo a tutta prova. » Il che risulta appunto dai due suoi seguenti casi:

Oss. 1ª. — Una donna d'anni 28, nubile, fino dalla più tenera età, portava un tumoretto del volume di un'uovo di piccione alla linea mediana del collo e che gradatamente crescendo era all'epoca della pubertà grosso quanto un'arancio. Ne vennero disturbi alla respirazione e non giovando i mezzi solventi ad impedirne lo sviluppo il prof. Albertini di Milano ne tentava la cura radicale accingendosi dapprima allo snocciolamento che dovette sospendere per imponente emorragia, appigliandosi poscia al caustico attuale, ma in onta allaprolungata suppurazione che ne conseguiva chiusasi la piaga il tumore tornava a crescere con alacrità maggiore, venivano ancora tentate le injezioni interstiziali con acqua di Salso Maggiore, ma infruttuosamente raggiungendo il tumore il volume della testa di un neonato. « Dal pieno della regione si estendeva ed invadeva a destra ed a manca ambo le regioni carotide, giungendo a destra fino all'altezza dell'osso joide, ed un po'meno a sinistra, in basso poi si addentrava ed approfondavasi nella fossetta sovrasternale per modo che non si giungeva a delimitarne il confine. Lungo la linea dello sterno-cleido-mastoideo a destra si rivelava una larga ed assai deforme cicatrice d'aspetto raggiato e nel centro ancora allo stadio

furonvi momenti in cui l'operatore ebbe non poco a preoccuparsi. Vennero così esportati il lobo mediano ed il destro, il primo con facilità, il secondo con pena e notevole lasso di tempo, per non volersi fare ampia incisione a danno delle grosse vene superficiali. La ferita venne riunita con sutura attorcigliata e tutta l'operazione eseguita col processo antisettico.

Fuvvi leggerissima reazione, dopo 36 ore, tolti gli spilli il coalito della ferita esterna lo si trovò completo meno che all' angolo inferiore per la presenza del tubo a drenaggio. In tre settimane l' operato era guarito non portando che una cicatrice lineare al luogo dell'operazione e senza dubbio colla scomparsa dei fenomeni presentati.

Due figure litografiche danno anche qui un'idea della deformità prima che venisse fatta l'operazione, e dell'effetto raggiunto con questa; una terza figura macroscopica cromo-litografata rappresenta il volume ed il contesto del tumore, il quale alla investigazione minuta risultava essere un'adenoma puro con follicoli a varie grandezze, alcuni naturali, la massima parte però ingranditi, con vario contenuto. Così alcuni follicoli erano ripieni di un liquido colloideo assai trasparente, in altri giallastro, ed altri invece contenevano ammassi di cellule epiteliari. In alcuni punti alcuni follicoli, rotti i sepimenti eransi fusi assieme producendo ammassi cellulari in alcune sezioni così ampliati da sembrare una vera infiltrazione.

Oss. 3ª. — Una giovane contadina, d'anni 18, portava un broncocele che superava in volume la testa di un bambino ed era composto di due lobi, uno maggiore quasi sferico, nel mezzo della regione sotto-joidea, l'altro più piccolo ovale, sotto giacente allo sterno-cleido-mastoideo sinistro col maggior diametro lungo il decorso di questo muscolo, il primo cistico, solido il secondo. La enucleazione fu facile pel tumore mediano, assai ardua e malagevole pel laterale; nel liberare questa parte si lacerò in una forte strettura una grossa vena, la cui emorragia non si riesciva ad arrestare mediante lacci se non dopo mezz'ora. Per isolare il tumore occorsero 38 legature doppie; desso pesava 627 grammi. Non ebbesi reazione, la ferita esterna aderiva per coalito immediato, e levato il tubo a drenaggio l'operata abbandonava prestamente la clinica.

Contributo alle operazioni sulle ossa; del prof. Costanzo Mazzoni. *(Dall'anno quarto e quinto di Clinica chirurgica nella R. Università di Roma.* Roma 1878*)*.

Osservazione 1.ª (CXVI del Resoconto*)*. *Sarcoma gigante-cellulare del processo alveolare a sinistra del mascellare superiore. Resezione. Guarigione.* — Una campagnola, d' anni 31, portava da 16 anni un tumore carnoso nel processo alveolare sinistro del mascellare superiore, originatosi dopo la caduta di un dente molare cariato. Da soli tre anni, dopo la caduta di un altro dente, erasi reso molesto, rapidamente cresceva, sanguinava facilmente, diventava dolente nell' atto del masticare e coi mutamenti atmosferici. Il tumore giunto al volume di

una noce, schiacciato fungiforme sorgeva dagli
terzo molare di sinistra; era ricoperto dalla muco
con accumulo di sostanza giallastra e fetida;
durezza ossea verso il peduncolo, mostravasi alq
sione e facile a dar sangue.

Il prof. Mazzoni eseguiva la resezione del pro
todo intra-buccale, togliendo col mezzo di una
l'osso mascellare nella sua altezza lasciandone in
operata guariva intieramente, ed il microscopi
gnosi essendosi trovato, cellule giganti addossate
seo o disperse in un tessuto connettivo giovane,
sformato in tessuto sarcomatoso a piccole cellule.

Oss. 2.ª (CXVII). — *Sarcoma gigante-cel*
superiore. Resezione completa. Processo Mazzo
giovane mugnajo, d'anni 18, pativa nel 1873 u
gione molare destra d'onde una prolungata infia
a due anni fra il quarto ed il quinto dente molar
escrescenza carnosa che li rendeva mobili, ma es
quella, sorgevano nuove fungosità che ancora
gliosità ripullulavano dopo una seconda escisione
zazione. L'occhio destro ne era spinto in alto ed
bitario ed il naso-labbiale erano scomparsi essen
della metà destra del mascellare sostituita da
stoso, la fossa nasale dello stesso lato ne restava
rispondente del palato duro ed il vicino process
vasi dal tumore. Lo si giudicava per un sarcor
mantenendosi le condizioni generali tuttora buo
esportazione che il prof. Mazzoni eseguiva tenend
che già in altra occasione esponemmo (*Riv. di m*
N. 1, pag. 82) e che giova qui richiamare.

Con un taglio verticale l'operatore suole divid
alla di lui linea mediana, contorna la pinna nasal
steggia in linea retta la base del naso fino all'ang
ivi piega ad angolo retto seguendo la direzione d
feriore prolungando l'incisione verso l'arcata zig
questo gran lembo mettendo allo scoperto tutto l
tostante e resecandolo.

Anche nel caso qui accennato un tale processo c
perato completamente guarito.

Lo studio microscopico del tumore, confermav

Oss. 3.ª (LVII). — *Lussazione bilaterale del*
antica ed irreducibile. Resezione dei due condili.
Abbiamo già fatto conoscere quest' importante c
Gazz. Med. di Roma, 1876, N. 4. (*Ann. Univ. di*
1877, fasc. di aprile, p. 316).

Oss. 4.ª (CXIII). — *Osteoma porotico alla regione mentale. Resezione del mascellare inferiore, guarigione.* — Una giovinetta, d'anni 13, figlia a genitori malaticci, che avea fratelli e sorelle morti di rachitide, e dessa stessa ne soffriva portandone le traccie, da circa 10 anni le si era sviluppato un tumore al mento che crebbe lentamente senza alcun dolore raggiungendo gradatamente il volume di un mediocre arancio impiantato a larga base alla regione anteriore del mento e proveniente dal corpo dell' osso. Il margine labiale ove restava estroflesso, il tumore era coperto dalla mucosa buccale, tranne che alla sommità sua ove la si vedeva ulcerata per circa un centimetro; aveva consistenza ossea, a superficie levigata.

Stabilita la diagnosi di osteoma spugnoso il prof. Mazzoni ne praticava la resezione, ma vedendo che l'osso mascellare ne formava parte, ne eseguiva immediatamente la resezione.

La bambina guarì, ed il labbro riprendendo la propria retrattilità muscolare si ridusse all'antica sede.

Il microscopio confermava poi la diagnosi fatta.

Oss. 5.ª (CXVIII). — *Sarcoma giganto-cellulare. Resezione dei due terzi della branca orizzontale sinistra del mascellare inferiore. Guarigione.* — Un campagnolo, d'anni 24, da circa 6 anni si accorgeva della insorgenza di un tumoretto alla superficie esterna sinistra dell'osso mascellare inferiore, ben presto il terzo dente molare si rendeva mobile e quando fu estratto una produzione carnosa indolente ne riempiva l'alveolo, rendendo difficile la masticazione e dando facilmente sangue. Dessa progredendo in sviluppo si faceva fungosa, colla mucosa qua e là ulcerata. Al tatto si avvertiva che il tumore aveva larga base nel mascellare, sembrando che le due lamine ossee di questo fossero state sfiancate: l'infermo non avvertiva alcun dolore alla pressione, normali presentavansi i gangli linfatici delle regioni vicine.

Stabilita la diagnosi suaccennata, e non essendovi controindicazioni di sorta, il prof. Mazzoni eseguiva le resezione parziale del mascellare inferiore. Scollato il periostio internamente ed esternamente si troncò la parte presa dal tumore e che rappresentava il terzo circa dell' osso. Insorse la complicazione di una pneumonite destra ma che si potè superare, guarendone la operata.

Il tumore sorgeva nella spessezza del mascellare; i due tavolati ossei erano stati spinti ed allontanati, specialmente l'esterno, ed in buona parte usurati.

All'esame microscopico si trovarono cellule giganti polinucleate in un tessuto connettivo giovane sarcomatoso.

Oss. 6.ª (CXIV). — *Cisti del corpo del mascellare inferiore. Raschiamento. Cauterizzazione. Guarigione.* — Un giovane molinaro di 27 anni, avea presentato sette anni prima un tumore dolente alla regione sottomentoniera che dopo 20 giorni si apriva dando esito a poca quantità di marcia; indi a due mesi l'apertura si chiudeva per riaprirsi ad inter-

Fu praticata la resezione della testa dell'omero col processo di Langenbek. Per circa 10 giorni le coso procedettero bene ma sopraggiunta la pioemia l'operato cessava di vivere 22 giorni dopo l'operazione.

All' autopsia trovavansi numerosi ascessi trombo-embolici nel polmone e nel fegato.

Oss. 9.ª (LXXIV). — *Carie e necrosi dei capi articolari omero-cubitali. Resezione dell' articolazione del cubito. Pioemia. Morte.* — Una donna, d'anni 39, madre di due figli, quattro mesi prima che il professore Mazzoni la vedesse avvertiva un dolore intensissimo ed un gonfiore alla articolazione di uno dei gomiti impedito nella sua estensione e completa flessione. Ribelle alle solite cure suppurava posteriormente, nè per questo il male migliorava chè l'articolazione si mostrava enormemente aumentata, colla cute tesa, arrossata, perforata ai lati dell'olecrano, ove collo specillo si penetrava in due seni gementi poco pus sieroso, per arrivare frammezzo a fungosità facilmente sanguinanti a contatto dei capi articolari scoperti e scabrosi.

Il generale dell' organismo era alquanto deperito, e non appena si riesciva a migliorarlo si praticava la resezione del cubito applicando poscia un addatto apparecchio innamovibile fenestrato. Per parecchi giorni le cose progredirono regolarmente, indi la superficie granulante fu presa da difterite che si riuscì a debellare colla applicazione del solfato di chinina cristallizzato; ma vi susseguiva la pioemia che condusse a morte l'operata al 35° giorno dall'operazione.

All'autopsia si scopersero numerosi ascessi trombo-embolici ai polmoni, al fegato ed ai reni.

Oss. 10.ª (LXXIX). — *Carie della testa del femore e del bordo cotiloideo per sinovite fungosa dell'articolazione coxo-femorale sinistra. Resezione sotto-trocanterica. In via di guarigione.* — Una contadina, d'anni 23, era sempre stata bene, quando tre anni ora scorsi improvvisamente veniva assalita da una cotilite sinistra, che guarita in quattro mesi recidivava, estendendosi in seguito i dolori a tutto l'arto corrispondente, i movimenti ne vennero inceppati, e la claudicazione per accorciamento dell'arto era permanente. Altro chirurgo applicava il ferro rovente attorno alla articolazione, ed essendo questo riuscito inutile riduceva la lussazione ponendo poscia l'arto nell'apparecchio del Desault, ma oltrecchè riescire questo frustraneo non potè essere tollerato, aggravandosi anzi l'infiammazione della cavità e del capo articolare.

L'arto rimase accorciato di 5 centimetri, restando nell' adduzione e rotazione interna, ed imprimendogli dei movimenti questi si trasmettevano all'osso iliaco; all'apice del triangolo dello Scarpa si osservava un seno fistoloso secernente pus tenue; in corrispondenza dell'articolazione coxo-femorale e nella parte superiore della regione esterna della coscia si trovavano varie cicatrici ed altro seno fistoloso con direzione verso la testa femorale. Introdottovi lo specillo riscontravansi numerose fungosità facilmente sanguinanti, e penetravasi nella cavità articolare ove

sentivensi estesamente cariati la testa femorale ed il margi
loideo.

Le stato generale della paziente sebbene alquanto deperito r
sentava però controindicazioni ad operare e perciò veniva pra
resezione sotto trocanterica del collo del femore, raschiando c
chiajo di Langenbek la cavità cotiloidea.

La ferita venne medicata con filaccie imbevute in olio fen
granulazioni sorsero rigogliose dalla cavità cotiloidea e dell'estr
femore resecato, e dopo due mesi la ferita era quasi chiusa non
tando che un seno fistoloso che dava in seguito esito ad un pic
questro. L'accorciamento dell'arto operato risultò di 8 centimetri
chiusura dalla Clinica l'operata incominciava a discendere dal

Oss. 11.ª (LXXXVIII). — *Osteite fungosa dell' articolazion astragalica destra. Resezione dei capi articolari. In via di n mento.* — Un calzolajo, d'anni 23, pativa, saltando da due grad
distorsione all'articolazione tibio-tarsica destra che pel momento
inosservata, ma indi a due mesi il malleolo esterno gonfiava,
a suppurazione ed inciso dava marcia in discreta quantità, l
un seno che perdurando da sei mesi veniva curato colle inj
tintura di jodio; presentavasi altra apertura al disotto del
interno che ugualmente veniva trattata, ma tanto questa che qu
tilmente. La gamba a destra era per tutto il suo terzo infe
mefatta, sentivasi fluttuazione all'intorno del malleolo interno.
spondenza di ciascun malleolo esisteva un seno attraverso all
dei quali si penetrava nella cavità articolare sentendosene i c
tora levigati, per l'interno si aveva il senso di tessuti molli c
mente sanguinavano.

Lo stato generale era oltremodo deperito non però tale
troindicare l'operazione che il prof. Mazzoni aveva ideato di fa
cioè eseguiva lo svuotamento del malleolo interno e dell' astr
situ, vale a dire senza lussarne le ossa, ma togliendo sul luogo
malate mediante il cucchiajo e la sgorbia dopo avere ampiamen
allo scoperto i capi articolari mediante ampie incisioni esterne
due malleoli ed i seni fistolosi esistenti. La cura consecutiva ve
ticata col drenaggio, medicatura alla Lister, ed apparecchio ges
nestrato, avviandosi l'operata ben presto alla guarigione.

Oss. 12.ª (LXXVI). — *Carie necrotica del terzo inferiore de Sequestrotomia Cauterizzazione col ferro rovente. Guarigione.*
giovane, d'anni 20, dopo avere sei anni avanti superato il vajuo
minciava a provare un senso di dolore alla parte inferiore del
braccio destro, regione esterna, la quale regione andava grada
gonfiandosi fino a raggiungere il volume di un uovo di gallina.
vativo il dolore facevasi terebrante, presentavasi spontanea un
tura posteriormente d'onde ne usciva grande quantità di marcia la
una piaga indi un tramite fistoloso. Da due mesi poi il pollice

pure gonfiava e suppurava lasciando uguale esito, e che per essere determinato da carie necrotica della prima falange esigeva la escisione della fungosità e la enucleazione dei residui della falange stessa.

Esplorando collo specillo il seno alla regione radiale vi si penetrava per circa un centimetro e mezzo sentendosi nel fondo una superficie ossea, scabra e secca per l'estensione di due centimetri.

Lo stato generale era abbastanza buono e perciò il prof. Mazzoni la operava. A questo intento praticata una incisione a livello del seno fistoloso fino sull'osso, mediante la sgorbia venne ingrandita l'apertura fino all'estremo superiore di un guscio osseo estraendone un sequestro della lunghezza di circa 8 centimetri. Vennero in seguito cauterizzati alcuni punti cariosi del radio e la guarigione si otteneva in 50 giorni circa.

Oss. 13.ª (CXXXII). — *Carie necrotica del condilo interno del femore. Sequestrotomia. Cauterizzazione. Guarigione.* — Un fornajo, di anni 38, riportava un'anno avanti due ferite lacero-contuse alla gamba destra, una meno profonda alla regione esterna della coscia immediatamente al disopra del condilo esterno del femore, l'altra più profonda un centimetro appena al disopra dell'altra; ne venne perdita discreta di sangue e vivo dolore estendentesi a tutta la regione del ginocchio bentosto seguito da acuta gonilite con diffusione del gonfiore fino al piede. Malgrado alla cura fatta, l'arto restò perfettamente anchilosato al ginocchio, con saldamento della rotula e la formazione di due aperture fistolose gementi poca marcia ed attraverso ai quali collo specillo si sentiva una superficie ossea scabra.

Veniva dilatato il seno corrispondente al ginocchio, ove era stata la ferita più profonda e quindi per mezzo di sgorbie aprivasi il condilo interno femorale estraendone un sequestro esistente nel centro di esso. Dopo ciò rimanendo talora in sito alcuni punti cariosi si praticava il raschiamento e quindi la cauterizzazione col ferro rovente, che venne ripetuta circa 20 giorni dopo l'operazione. In due mesi la guarigione era completa.

Oss. 14.ª (CXXXV). — *Necrosi invaginata parziale della tibia destra. Sequestrotomia. Guarigione.* — Un giovanetto, d'anni 13, quattro mesi prima del suo presentarsi al prof. Mazzoni riceveva un colpo di bastone alla cresta tibiale destra, in seguito della quale ne veniva forte reazione locale e generale. Al terminare della quarta settimana presentavasi all'esterno la suppurazione, sortendo la marcia da un piccolo foro presto seguito da altro che cangiavansi in seni fistolosi e pei quali entrando collo specillo sentivasi la necrosi superficiale della corrispondente porzione della tibia.

Furono dilatati i seni, e praticata la sequestrotomia estraevansi due sequestri. La guarigione era completa nello spazio di tre mesi.

Oss. 15.ª (LXXXVII). — *Necrosi del corpo della fibula sinistra. Sequestrotomia. Guarigione.* — Un giovane falegname, d'anni 16, nella

cui famiglia eranvi stati varj casi di tubercolosi, quattro mesi innanzi di recarsi alla Clinica, veniva assalito da dolore puntorio e profondo al margine esterno della gamba sinistra, cui tennero dietro sintomi infiammatori che passarono in seguito alla suppurazione, sgorgando la marcia spontaneamente e lasciando un seno fistoloso estendentesi dal basso all'alto per tre o quattro centimetri e nel fondo del quale sentivasi una superficie secca e non coperta di granulazioni.

Si fece diagnosi di sequestro necrotico incapsulato del corpo della fibula. Venne praticata la sequestrotomia estraendo un lungo pezzo di osso necrosato. In meno di 40 giorni la guarigione era completa.

Oss. 16.ª (LXXI). — *Carie dell'alveolo del primo dente molare superiore. Sgorbiamento. Guarigione.* — Un campagnolo, d'anni 26, ripetutamente soggetto a febbri di malaria era stato preso nell'ottobre 1875 da resipola ricorrente alla parte sinistra della faccia e stomatite del medesimo lato. Ne veniva quale conseguenza, un tumoretto alla regione buccinatoria sinistra che andò lentamente suppurando lasciando un seno gemente marcia; frattanto la stomatite terminava con altro tumoretto attorno alle radici del primo superiore molare del medesimo lato, in antecedenza rotto sotto un tentativo di estrazione. A tali guai si associava infine una parotite acuta, dando luogo ad un ascesso a due centimetri circa all'indentro della fistola che guariva prontamente cicatrizzando i fori ma mantenendosi la suppurazione attorno alle radici ora nominate. Un nuovo ascesso formavasi in corrispondenza del margine anteriore del massetere a livello dell'angolo esterno della bocca, e penetrando nell'apertura da esso formatasi a due centimetri circa sopra il margine alveolare sentivasi la superficie dell'osso scabra e denudata.

Si praticava l'apertura del tumoretto, sgorbiando l'alveolo. La guarigione avveniva in 37 giorni.

Oss. 17.ª (LXXV). — *Osteo-periostite del quarto inferiore dell'ulna. Sgorbiamento. Guarigione.* — Un impiegato, d'anni 25, avvertiva due anni avanti e verso il quarto inferiore dell'avambraccio destro un dolore, cui senza apparenti sintomi inflammatori, susseguiva un'ingrossamento e precisamente in corrispondenza alla regione posteriore interna dell'avambraccio in vicinanza dell'articolazione radio-carpica. Dopo 8 o 10 mesi cominciarono a formarsi dei piccoli rilievi fluttuanti che dettero pus in molta copia, e più tardi ne apparivano altri due. La cura solvente jodica e mercuriale riusciva vana, lasciando un gonfiore a tutto il quarto inferiore della regione ulnare con tre piccole soluzioni di continuità in forma di seni gementi marcia. Mediante specillo in uno di quei seni, situato alla superficie dorsale, si avvertiva un tessuto duro, scabroso, scoperto in alcuni punti molli, gli altri due invece comunicando fra loro non lasciavano sentire parti dure scoperte.

Fatta un'incisione si mise allo scoperto la porzione dell'ulna ammalata, quindi effettuata per mezzo della sgorbia una finestra nel-

l'osso fu raschiata col cucchiajo di Langenbek la porzione affetta da carie fungosa rispettandosi la cartilagine articolare.

L'esito fu ottimo, giacchè l'operato dopo due mesi lasciava la Clinica perfettamente guarito e senza la minima alterazione nei movimenti articolari.

Oss. 18.ª (LXXXVI). — *Carie necrotica della tibia sinistra. Vuotamento e cauterizzazione. Guarigione.* — Ad un giovanetto campagnolo, d'anni 13, in seguito ad una contusione riportata due mesi prima al terzo inferiore della tibia sinistra, e conseguente viva infiammazione e suppurazione profonda, restava un dolore profondo al terzo inferiore della tibia, infatti ivi osservavasi un seno fistoloso circondato da cicatrice rossastra, che permetteva di sentire in alcuni punti una superficie dura, in altri molle, facilmente sanguinante, d'onde la diagnosi di carie necrotica.

Si faceva una larga incisione, e quindi colla sgorbia e col cucchiajo di Langenbek fu vuotata tutta la porzione della tibia presa dalla malattia, cauterizzando la superficie raschiata col ferro rovente. Dopo 7 giorni cominciarono a comparire granulazioni di buona natura e l'infermo con due mesi circa di cura guariva perfettamente.

Oss. 19.ª (LXXXIX). — *Necrosi per sinovite fungosa tibio-astragalica sinistra. Apparecchio gessato. Estrazione dei sequestri necrotici. Guarigione.* — Una vignajola, d'anni 35, da tre mesi ed in seguito ad una caduta, cominciava a dolere nell'articolazione del piede sinistro che presto gonfiò. Dopo inutili cure di vario genere presentavasi la suppurazione lasciando come postumi due seni fistolosi in corrispondenza dei due malleoli ed entrando nei quali colla tenta sentivansi numerose fungosità gementi con facilità sangue e nel fondo dei medesimi due punti necrotici. Fatta diagnosi di necrosi superficiale tibio-astragalica si applicava l'apparecchio gessato fenestrato praticando nei detti seni delle injezioni con tintura satura di jodio, e facendo internamente una cura tonica e nutriente.

Dopo circa 3 mesi si estrassero due piccoli sequestri, le granulazioni fecersi sode e l'ammalata guariva, però coll'anchilosi quasi completamente dell'articolazione già ammalata.

Oss. 20.ª (XCI). — *Osteite rarefacente del calcagno e dell'astragalo destro. Vuotamento. Amputazione al terzo superiore della gamba. Morte.* — Uno studente, d'anni 16, fino dai primi anni di sua vita, soffriva di periostite suppurata al malleolo esterno destro e che impiegava otto anni a cicatrizzarsi dopo l'uscita di parecchie scheggie ossee. Ma altre affezioni comparvero successivamente alla regione interna posteriore della coscia del medesimo arto e nell'inguino-crurale corrispondente che lasciarono cicatrici deformi. In onta alle più razionali cure da un anno erasi comparsa a due centimetri dal malleolo già ammalato una nuova tumefazione poco dolente, che suppurava, altro ascesso compariva all'interno dell'altro malleolo ed alla regione esterna del piede che nel

frattempo erasi fatto tumido e deformato e con varie soluzioni di continuità specialmente in corrispondenza dell'articolazione e che obbligavanla all'estensione forzata.

Premessa la fasciatura emostatica e cloroformizzato il paziente, si alla tenotomia del tendine di Achille, procedeva quindi ad una incisione di quattro centimetri a figura semilunare colla convessità superiore dal malleolo esterno fino alla punta libera del calcagno, ed altra di uguale lunghezza sul malleolo interno pure semilunare a convessità superiore ed in direzione obbliqua all' asse del corpo, eseguivasi attraverso ad esse lo svuotamento del calcagno e di parte dell'astragalo cauterizzandone tutta l'interna superficie col caustico attuale. Applicato un apparecchio gessato fenestrato e sospeso l'arto, *in onta alle medicature antisettiche*, la ferita che per alcuni giorni sembrava progredire in bene venne presa da difterite, ne vennero ascessi profondi e febbre di infezione ed abbattimento generale. Con pochissima speranza di riuscita si praticava l'amputazione al terzo superiore della gamba, ed infatti dopo un fittizio buon andamento incalzava la pioemia e l'operato moriva.

All' autopsia trovaronsi molteplici ascessi trombo-embolici al polmone, al fegato, alla milza ed ai reni; in tutte le articolazioni eccettuata quella del cubito destro.

Oss. 21.ª (XCIII). — *Necrosi della scapola destra. Estirpazione completa, Resezione della testa e collo dell' omero con conservazione dell'arto. Guarigione.* — Anche di questo caso abbiamo già dato notizie nella antecedente Rivista del fasc. di aprile 1877, pag. 327.

Oss. 22.ª (XCII). *Carie del metatarso. Estirpazione. Guarigione.* — Un manuale della ferrovia, d'anni 35, ripetutamente soggetto a febbri da malaria, soffriva, cinque anni addietro, una contusione per caduta di palla da cannone sul piede sinistro che suppurava lasciando un seno ribelle alle ripetute injezioni con acqua fenicata e tintura di jodio allungata.

Trovata la carie di tutto il primo metatarso sinistro se ne praticava l'estirpazione, ottenendo la completa guarigione in due mesi.

Contribuzione alle resezioni; del dott. Edoardo Bassini. (*La Clinica operativa di Pavia nell'anno* 1876-77, Genova 1878).

Oss. 1ª e 2ª. — *Resezione dell'osso mascellare superiore.* — *a)* Un contadino d'anni 63, da 7 od 8 mesi incominciava a soffrire di nevralgie ostinate ai molari superiori del lato destro e faceva estirpare i denti sospetti. Ma alla nevralgia sostituivasi un senso di peso e dolentatura e da tre mesi la guancia corrispondente gonfiava. Ciò succedeva perchè ivi erasi sviluppato un tumore resosi esterno in due punti, alla fossa canina cioè ove sollevava la guancia e dentro la bocca ove pendeva esulcerato dalla porzione molare del bordo alveolare. La mucosa col periostio della vôlta palatina erano apparentemente sani, la narice destra pervia, la parte superiore del seno inferiore dell'orbita sollevata appena

di qualche millimetro, il margine e la porzione esplorabile della stessa non presentavano alterazione. Con lo specillo si attraversava facilmente la porzione orale del tumore per entrare in tutti i sensi frammezzo ad una massa carnosa. Non eravi compromissione alle glandole linfatiche, si ritenne trattarsi di fibro-sarcoma e lo si operava seguendo il processo di Langenbek.

Cloroformizzato il paziente praticavasi attraverso alla guancia ammalata un taglio arcuato colla convessità in basso e che dalla pinna nasale corrispondente giungeva al punto di unione dell' apofisi zigomatica colla estremità anteriore dell'arcata dello stesso nome. Scoperto ampiamente il tumore con una sega a lama di coltello introdotta nella narice destra e rivolta all' esterno si recise l' osso mascellare superiore ed il zigomatico orizzontalmente appena sotto il contorno inferiore della base dell'orbita. Staccavasi indi la porzione di guancia posta al disotto della prima incisione dal contorno del mascellare, cercando di conservare più che fosse possibile la mucosa della superficie interna della guancia stessa e della metà destra del labbro superiore. S' incise quindi a tutta spessezza, contornando ad un centimetro di distanza la porzione pendente del tumore, la mucosa orale staccandola unitamente al periostio dalla vôlta palatina fino al di là della linea mediana, staccavasi pure la metà corrispondente della base del velo dal margine posteriore dell'osso palatino, e colla sega a lama si recideva il palato. La porzione resecata dell' osso mascellare non restava che avvinta all' apofisi pterigoidea e dalla quale veniva facilmente svelta. Vi rimaneva peraltro aderente una parte del contorno posteriore e che veniva recisa mediante tenaglia osteotoma. Torte 3 o 4 arteriuzze, raschiavasi la superficie inferiore dell'orbita, nè mostrando il lembo mucoso periosteo tracce di alterazione lo si conservava. Riunivasi quindi mediante sutura nodosa il contorno di questo lembo alla mucosa della superficie interna della guancia e del labbro, univasi poscia la ferita della guancia. Subito dopo l' operazione, restando onninamente separata la cavità orale dalla nasale, il paziente poteva parlare e deglutire liberamente; ma in terza giornata insorgeva forte accesso febbrile a freddo, che ripetevasi con gagliardia ed a brevi intervalli, finchè alla 6ª giornata dall'operazione ne veniva la morte.

All'autopsia si osservò la pachimeningite e leptomeningite, pleuropneumonite doppia ed epatite metastatiche. Il microscopio dimostrò nel tumore uno stroma connettivo sparso di alveoli riempiuti questi di spiccatissimi elementi epiteliari.

b) Una donna d'anni 46, di apparente costituzione fisica sana, da un anno avvertiva una leggera tumefazione alla guancia sinistra, accompagnata da pertinaci nevralgie, seguita da caduta dei denti molari e senso gravativo, finchè a quella parte sviluppavasi un tumore colle condizioni istesse del caso antecedente, tranne che mentre estendevasi meno in bocca maggiormente si era propagato nella narice per attaccare il pa-

vimento dell'orbita. La resezione veniva praticata con processo uguale al suddescritto, ma anche quì l'esito fu infausto, perocchè al 5° giorno dall'operazione comparve forte accesso febbrile e freddo che ripetevasi nei giorni successivi; in 7ª giornata si manifestarono dolore e tumefazione di ventre ed all' 11ª giornata dall' operazione l'operata moriva.

L' autopsia dimostrò peritonite metastatica; ed il tumore esportato presentò caratteri analoghi a quelli del precedente caso (1).

Oss. 3ª, 4ª e 5ª. — *Resezioni del mascellare inferiore.* — *a*) Un contadino, d'anni 54, fumatore e masticatore di tabacco, da sei mesi erasi accorto di un tubercoletto alla parte media della superficie interna della guancia destra e che esulceratosi mostrava ben presto i caratteri del cancro. Non eravi complicazione di sorta e propostagli l'operazione l'ammalato non vi si decideva che tre mesi dopo. Frattanto il male aveva fatto rapidi progressi, estendendosi da un centimetro dall' angolo labbiale fino al margine anteriore interno della branca ascendente della mandibola inferiore ove ancora non presentava bene delineati confini; in altezza occupava quasi tutta l' altezza della guancia. Due glandole linfatiche del volume di un cece e dure eransi sviluppate dietro l'angolo della mascella.

Spaccata la guancia ed arrovesciatala il dott. Bassini isolava e staccava la parte degenerata da quel vasto lembo cui stava accollata, recidendo e legando la mascellare esterna, giunto all'attacco superiore trovatolo aderente al margine alveolare con alcuni colpi di scalpello e colla forbice osteotoma escideva porzione del bordo alveolare; la staccava poscia servendosi di stromenti ottusi dalla superficie interna della branca ascendente arrivando fino al margine anteriore del muscolo pterigoideo esterno, escidendolo in fine dalla mucosa. Torte quattro piccole arterie riuniva la ferita per prima intenzione rimandando ad altra epoca, stante l'abbattimento del malato, la demolizione dei piccoli focolai secondarii. L'esito fu pel momento fortunato essendo il malato prontamente guarito e senza anchilosi cicatriziale per l'avvertenza avuta di mantenere costantemente dilatata la bocca. Rifiutavasi all' estirpazione delle glandole. Quattro mesi dopo, il male era completamente recidivato; eravi serramento completo delle mascelle, nodi cancerosi da recidiva in corrispondenza al muscolo massetere ed aderenti all' ossatura, le glandole linfatiche sotto l' angolo della mascella inferiore avevano raggiunto il volume di una mela. Lo stato dei tessuti posti al lato interno della porzione montante della mandibola non era rilevabile per la chiusura della bocca.

« Io giudicai il caso inoperabile, confessa il dott. Bassini, ma dietro

(1) Questo caso anzichè appartenere all'anno clinico condotto dal dott. Bassini, si riferisce al 1875-76 durante il quale fummo noi incaricati dell'insegnamento; trovandosi la relativa storia alla pag. 99 del nostro Resoconto clinico pubblicato nel 1877. S.

le reiterate preghiere dell' ammalato che trovava insopportabile le sue sofferenze e specialmente la completa chiusura della bocca mi lasciai indurre al tentativo. »

E coll'operazione si proponeva di resecare la metà destra della mascella inferiore dall'incisivo laterale al collo del condilo, al duplice scopo di riuscire, se era possibile, ad estirpare tutti i tessuti attaccati dal cancro e rendere mobile il mento e la metà sana della mascella inferiore. Resecava quindi, oltre che la metà destra della mascella inferiore buona parte della superiore e dell'apofisi pterigoidea corrispondente. La estirpazione delle glandole cervicali incancerite lasciava un'ampia ferita cava. Le ferite esterne, medicate allo scoperto, guarirono per coalito immediato; le intra-orali suppurarono profusamente. In 34ª giornata l' operato moriva per pioemia, mostrando l' autopsia ascessi ai polmoni, al fegato ed ai muscoli della parete sinistra del torace. Nulla è detto della parte operata.

b) Un parrucchiere, d'anni 43, da cinque mesi si accorgeva della insorgenza di un tubercoletto al lato sinistro del frenulo della lingua estendentesi nel solco fra questa ed il pavimento orale; dapprima indolente fecesi col crescere frizzante; esulceravasi, aderiva alla parte mediana della mandibola, invadeva il frenulo, parte della lingua prolungandosi fino a livello del secondo grande molare di sinistra, in pari tempo si approfondava nel pavimento orale sporgendo all'interno del margine inferiore della mascella. Due o tre glandole linfatiche grosse e dure esistevano al lato interno del margine inferiore sinistro della mascella e facevano corpo colla parte inferiore del neoplasma; era quindi facile la diagnosi di epitelioma.

Sebbene la compromissione dell'ossatura fosse appena sospetta e prevedendo difficoltà ad operare dal lato della bocca, onde procurarsi una via comoda ad agire ed a riconoscere lo stato dell' ossatura, il dottor Bassini, seguendo l'esempio di Billroth praticava la resezione osteoplastica della mascella inferiore. A questo fine abbassava una incisione di tutta spessezza in corrispondenza del canino inferiore destro fin sotto il margine della mascella, poscia dall' angolo orale di sinistra conduceva orizzontalmente attraverso alla guancia un' incisione fino al margine anteriore del massetere e da quivi arcuatamente in basso sotto il margine della mascella recidendo l' arteria mascellare esterna che veniva legata; isolava la superficie interna della mascella nei due tratti corrispondenti alle incisioni verticali ed estratto il canino di destra ed il secondo gran molare di sinistra segava nei due punti l'osso. Staccato col mezzo degli isolatori il tumore ed il periostio dalla superficie interna dell'osso potè arrovesciare quel lembo restando per tal modo aperta un'ampia via al cavo orale e potendo esaminare l'osso che apparve sano e che per mera precauzione raschiava. Passato in allora un filo attaverso alla base della lingua per padroneggiarla, mentre un'assistente situato dietro la testa del paziente col pollice sulla base della lingua e le altre

dita alla regione soprajoidea faceva la compres
anteriore della lingua, il frenulo, la parte medi
nistra del pavimento orale, le glandule linfatich
zione dei muscoli genii e milo-joidei, agendo se
rentemente sano. Le arterie linguali recise veni
quattro altre piccole arterie. Onde riunire la
punti di sutura ossea alla superficie interna
seta, ponendo alla superficie esterna la sutura
cesse forte reazione, le ferite esterne cicatrizza
diato nello spazio di otto giorni; alla terza set
sutura ossea mostrandosi il callo in via di form
settimana staccavansi due pezzetti di osso necr
riore, in 7ª uno della sezione anteriore essendo
pleta; in 8ª settimana ancora, staccavasi un
crosato inerente alla superficie interna della p
estremità sinistra della sezione anteriore. In 10
secato era completamente saldato, non rimanen
piccola piaga alla superficie interna per il succe
necrosata. La loquela rimase inceppata avendo
contratto aderenza colla cicatrice del paviment
l'operazione non eravi traccia di riproduzione.

In questo e consimili casi adunque la resezi
feriore non fu che un mezzo per facilitare l'op
dell'operazione stessa, qualunque fosse stato il p
sembra che la piccolezza della bocca e la form
adulto, coll'ajuto all'evenienza della spaccatur
arrivare a tanto da impedire di operare senza
una doppia resezione le condizioni del paziente
della malattia. Nei casi di non certa alterazione
ci sembra che sarebbe più logico il riservare
risultasse compromesso.

c) Una contadina, d'anni 35, da 11 mesi si
di un tubercoletto duro e frizzante al lato sinis
fra il canino e primo molare, a poco a poco c
perficie interna della mandibola ed il margine
cadere il dente incisivo laterale, il canino ed i
tandone una ulcerazione a grossi bottoni carne
dolette linfatiche del volume di un grosso cece
sopra-joidea all'interno del margine inferiore d
del male era palese e conveniva esportarlo; si
razione esportando col metodo di Lisfranc il
zontale sinistra fino all'ultimo molare, ed estirpa
si lasciava però aderente al lembo delle parti
corso successivo fu assai felice, essendovi stat
le ferite delle parti molli guarirono per coalit

in 24ª giornata abbandonava la Clinica. Fino d' allora si notava in sostituzione dell'osso esportato una cicatrice dura, resistente che al lato interno del lembo della guancia e del labbro impediva in parte l'accartocciamento della regione operata e diminuiva la deformità. L'esame microscopico accertò la natura cancerosa del male.

Oss. 6ª. — *Resezione dell'omero per frattura complicata.* — Un contadino, d'anni 31, per la caduta di una pianta, riportava fra altre lesioni di minor conto una frattura complicata alla metà del braccio destro con ferita lacerata verticale anteriore esterna lunga 5 cent. e protrusione del moncone inferiore pel tratto di centimetri 5 1|2 circa. Non riescendo il dott. Bassini, coll'ajuto della cloroformizzazione e di due assistenti, a ridurre la parte protrusa la resecava, riducendo la rimanente, riunendo poscia le ferita ed immobilizzando l' arto mediante ferula interna onde poter continuare all'esterno nel' applicazione del freddo. Avrebbe potuto munire anche questa di ferula di cuojo intera o fenestrata, come usa il dott. Parona (*Ann. Univ. di Med. e Chir.*, maggio 1877), e forse il male avrebbe avuto un decorso meno lungo e con minor numero di peripezie.

Nel caso in discorso infatti la ferita suppurò ampiamente; manifestavasi infiltrazione marciosa verso la regione coracoidea, accompagnata da accessi febbrili a freddo, indi la risipola, vicende tutte che vennero superate finchè al terminare del secondo mese non rimanevano al luogo offeso che due piaghette una alla parte alta un po' esterna, l' altra alla anteriore inferiore del braccio; i monconi essendo tuttora mobili si applicava l' apparecchio gessato fenestrato che si lasciava per 5 settimane; alla fine del terzo mese la saldatura era perfetta restando i seni fistolosi che arrivavano su due punti cariati dell' osso. All' apparecchio gessato sostituivasi quello col silicato di potassa come più leggero e che lasciavasi fino alla fine del 5° mese, nel frattempo le fistole eransi ridotte piccolissime. A sei mesi dall'operazione il braccio destro presentava l'attitudine e la forma normale, solo era più corto del sinistro di quasi 4 1|2 centimitri, l' uso dell' arto era tuttora imperfetto, la mano nondimeno si serrava abbastanza bene.

Oss. 7ª. — *Osteotomia sottocutanea della tibia per rachitismo.* — Un ragazzo, d'anni 5, in seguito a rachitismo sofferto tre anni prima avea avuto torsione leggera alla parte inferiore della tibia sinistra, fortissima invece alla parte superiore della destra appena al disotto della tuberosità anteriore e diretta all'esterno che rendevagli difficile ed incerto il camminare. Volendo rimediarvi il dott. Bassini, seguendo gl' insegnamenti di Billroth, agiva nel seguente modo: Praticata una piccolissima ferita della lunghezza di un centimetro negl' integumenti posti davanti la torsione e poggiato lo scalpellino sull'osso, con quattro colpi ne recideva la semi-periferia esterna cioè dal lato della concavità, indi colle mani infrangeva la porzione non recisa raddrizzando l' arto. Medicava

con quadratello di cerotto la piccola ferita applicando tosto un'apparecchio gessato. Modicissima fu la reazione generale susseguitane, la ferita esterna riunitasi per coalito immediato, riaprivasi in 12ª giornata ma per chiudersi in pochi giorni. In 30ª giornata, essendo già il callo completo, la località infiammavasi ne veniva reazione generale, e la ferita riaprivasi evacuandosi quanto un cucchiajo di marcia e poi lentamente si chiuse colla guarigione dell'operato.

Oss. 8ª. — *Resezione del 3° e 4° metacarpo.* — Un molinaro, d'anni 31, ponendo accidentalmente mano in un'ingranaggio ne avea squarciati gli integumenti della regione dorsale fra il primo spazio interosseo del 2° e 3° metacarpo, con frattura comminutiva e complicata di questi: riportava inoltre la frattura complicata della grossa falange del dito medio, quella della piccola falange del pollice con esportazione parziale, ed una estesa ferita lacero-contusa alla regione palmare. Esportati i brandelli di tessuto resecavansi quasi in totalità il 2° o 3° metacarpo e si immobilizzava la mano mediante ferula metallica ampiamente forata per rendere possibile la medicatura. Incamminatasi profusa suppurazione lo si curava colla irrigazione permanente di acqua fenicata al 3 per 0[0 ed in 40 giorni la ferita era chiusa, ma sopraggiunto il tetano l'ammalato vi soccombevette.

Oss. 9ª, 10ª, 11ª e 12ª. — Si riferiscono ai seguenti casi: di una ferita lacero-contusa all'indice sinistro, di una lacero-strappata al pollice destro, di una d'arma da fuoco all'indice sinistro, di altra simile al pollice destro; casi semplici e poco gravi.

Resezione completa dell'articolazione omero-cubitale destra — guarigione; del prof. C. Gallozzi. (*Morgagni,* agosto e settembre 1877).

L'infermo era un giovanetto di 12 anni, affetto da olecronartrocace destro al suo ultimo stadio. Essendovi già i fenomeni d'infezione pioemica si decise passare alla resezione. Il processo che l'Autore preferì fu quello di Moreau, che apre un'ampia via alla resezione e che meglio lascia giudicare dell'estensione dei tessuti da doversi resecare, tanto più poi che nel caso presente il guasto era esteso e bisognava resecare le tre ossa componenti il gomito.

Preparato l'occorrente e procurata l'anestesia, l'infermo tenendo l'antibraccio flesso ad angolo ottuso, il chirurgo portava una prima incisione da 2 centimetri circa al disopra dell'epicondilo fino al di là della testa del radio, ed altra consimile dal disopra l'epitroclea al disotto dell'apofisi coronoide del cubito.

Sua prima cura fu di ricercare nella doccia olecrano epitrocleniana il nervo cubitale, che isolato e preso con un uncino ottuso, affidava ad un assistente, che lo teneva fuori del campo operatorio, vale a dire verso la faccia anteriore dell'articolazione.

Garantito il nervo cubitale operando con forza portava nel mezzo delle due incisioni longitudinali un taglio trasversale per disopra l'apo-

dsi olecrano e tagliando i comuni integumenti ed il tendine del tricipite estensore dell'antibraccio, penetrava nell'articolazione.

Sollevava allora il lembo superiore ed incisi i legamenti laterali, gli riusciva facile lussare l'articolazione facendo sorgere l'estremo dell'omero indietro: staccate le carni della parte anteriore con l'abrasojo, passava una stecca d'avorio tra l'osso e le carni e con la piccola sega di Larrey asportava tutto l'estremo inferiore dell'omero sino al disopra della fossa olecranica.

Sollevato di poi il lembo quadrilatero inferiore, trovando l'usura delle cartilagini d'incrostazione tanto dell'estremo superiore del cubito, che della cupola del radio, isolatele dalle parti molli specialmente verso il tendine del tricipite estensore dell'antibraccio essendo infiltrate da grandi masse granulo-fungose, furono del pari esportate sia con le forbici a cucchiaio che col bistorì.

Detersa e lavata l'estesa ferita con l'acqua emostatica, continuandosi la polverizzazione antisettica con l'acido fenico, legava pochi vasellini e riuniva i lembi mercè sutura attorcigliata; flesso l'arto ad angolo retto, lo adagiava in un semicanale, che lasciava però facile il rinnovarsi della medicatura per un' apertura esistente in corrispondenza del gomito. Dopo 50 giorni l'operato lasciava la clinica; l'articolazione era mobile ed i movimenti facili. Il mese dopo andava ai bagni termali d'Ischia da dove ritornò perfettamente guarito dalle ferite però coll' anchilosi della neo-articolazione. Questa permetteva soltanto i movimenti di flessione e di estensione, poichè quelli di rotazione del radio sul cubito erano perfettamente conservati.

L'Autore ritiene quest' osservazione importantissima per due fatti principali: 1.° Che sebbene la resezione sia stata fatta quando il paziente era in preda alla pioemia ed il luogo d' operazione non essendo di elezione, fosse caduto su parti non così sane come se si fosse praticata l'amputazione, pure la febbre presto cedeva e l'individuo si rimetteva in salute. 2.° Che in operazioni di simil genere non deve il chirurgo nella scelta del metodo operativo badare al maggiore o minore interesse delle parti molli, ma solo che la manovra non riesca stentata; che per risparmiare di qualche centimetro l' incisione delle parti molli si è poi obbligati a maltrattare i tessuti per mettere allo scoperto le ossa e risecarle, fatto che certo non favorisce il buon andamento dell' operazione.

Resezione del gomito eseguito dal prof. Vincenzo Mantone; del dottor Adalberto Buonomo. (*Morgagni*, giugno 1877).

L'inferma era una donna di 21 anni, affetta da carie necrotica di parte dell'estremo inferiore dell'omero destro verso il condilo. S'incominciò l'operazione facendo un taglio a lettera T, rovesciata, eseguendolo con un' incisione verticale sul lato esterno dell'articolazione, dall'epicondilo fino al di là del capo del radio, ed una trasversale che lungo la linea articolare del margine interno dell'olecrano, venne a cadere

perpendicolarmente sulla metà della prima. Fu un taglio analogo a quello di Roux, colla sola differenza, che questi praticava il taglio verticale internamente all'articolazione. Il chirurgo scelse in questo caso il taglio a lettera T, sia perchè lo credeva uno dei migliori, sia perchè la situazione delle aperture dei seni fistolosi era tale, che volendo partire da essi ed inciderli, ne risultava appunto presso a poco un taglio a T. La disarticolazione fu fatta senza fatica: aperta l'articolazione vi penetrava coll'indice destro ed uncinando con questo l'estremità inferiore dell'omero lo portava fuori della praticata incisione. Allora fu molto facile tagliare quelle piccole lacinie restate ancor sane ed indi resecare l'omero colla sega del Petit, ma molto al disopra di quello che a prima giunta si poteva credere, poichè si trovò eroso quasi tutto il suo quarto inferiore. Fu trovato l'olecrano nelle medesime condizioni, onde fu anche resecato l'estremo superiore dell'ulna. Il capo del radio era integro. Non vi fu bisogno di legare alcun vaso, si diedero due punti di sutura attorcigliata all'angolo superiore della ferita, e ciò per diminuire la estensione, ed il resto si riempì di filaticcio inzuppato nell'acqua emostatica Goetta-Assegnati. L'arto fu situato su di una ferula colla flessione ad angolo retto del braccio, sull'antibraccio. Al disopra della ferula si posero alcuni strati di ovatta, e più in su una tela cerata, situata in maniera da servir come doccia pello scolo del pus e dell'acqua, che veniva dalla vescica di ghiaccio. Dopo un anno circa la guarigione fu perfetta, restando l'articolazione mobile, con movimenti abbastanza estesi e precisi in tutti i sensi.

L'Autore poi fa delle considerazioni sulle varie indicazioni che ha la resezione, come al giorno d'oggi sia eseguita con maggior frequenza e come corrisponda spesso allo scopo. Passa in rivista le opinioni di varii chirurghi su quest'operazione e stabilisce dei confronti coll'amputazione dell'arto, dimostrando come quest'ultima abbia sempre una statistica d'esiti fortunati inferiore a quella della resezione.

Aggiunge: che non è decisa ancora definitivamente la questione se debbasi operare primariamente o secondariamente, e che parimente in riguardo alla porzione ossea da esportare vi è pure una certa disparità d'idee fra gli autori: che la resezione sotto-periostea è da preferirsi alla semplice: che il miglior processo, secondo lui, giudicando con criterii generali chirurgici ed in seguito dei fatti è quello del taglio a lettera T del Roux, di Lister ed altri, specialmente per quei casi in cui i tessuti sono infiltrati, pei quali è necessario un po' di spazio maggiore di quello che si ottiene [dal processo lineare del Park, Langenbeck, Chassaignac, ecc. Dimostra come con questo processo sia facile eseguire la disarticolazione e la resezione, nè sia a temersi la recisione del nervo ulnare, accidente però di poca conseguenza.

Nota sulle resezioni delle giunture delle falangi; del dott. Engledue Prideaux. (*The Lancet*, 31 agosto 1878).

Allo scopo di fare più apparire l'utilità della chirurgia conserva-

trice specialmente alle estremità, trascriviamo la breve nota dell'Engledue Prideaux nella quale vediamo con piacere caldeggiate delle norme curative assai affini a quelle da noi espresse in un nostro scritto (1). Si dirà forse, scrive l'Autore, che il soggetto di questa nota è di pochissima importanza; ma sembrami che queste piccole lesioni si dovrebbero considerare interessanti quanto le gravi, giacchè sebbene le dita siano comparativamente piccole parti del corpo umano sono pure relativamente molto utili ed importanti, nè debbono essere trascurate. Un dito rigido in un operajo, specialmente se addetto a certi generi di lavori, lo rende spesso inabile a guadagnarsi la sua giornata; ed infatti noi vediamo che dopo una lesione di un dito grave tanto da necessitare quasi l'amputazione, mentre l'ammalato dapprincipio supplica perchè si abbia a conservarglielo, poco curandosi della successiva rigidezza, praticamente poi trova meglio l'amputazione e di aver un dito, di meno che uno che lo inceppi nel suo lavoro giornaliero. Lo stesso si può dire anche per le giunture delle dita, quando stieno molto tempo ammalate e senza trattamento conveniente, perchè ne viene la rigidezza. Ma ciò non sarà per avvenire, allorchè si intervenga per tempo con un trattamento razionale cioè colla resezione articolare, per cui mezzo si avrà un dito un poco più corto, ma la guarigione più spedita e soddisfacente perchè resterà un'articolazione mobile.

L'Autore ha creduto utile toccare quest'argomento non soltanto per la sua importanza, ma eziandio perchè nella maggioranza dei testi di chirurgia non trovò fatta menzione della resezione articolare delle falangi. Erichsen dice: « Le malattie delle articolazioni delle falangi abitualmente conducono all'amputazione delle dita affette ». Bryant nella sua Pratica della chirurgia parla solo dell'escisione della giuntura falangea del pollice.

L'operazione per la resezione delle giunture falangee, è molto semplice: si pratica un'incisione verticale sulla superficie dorsale della giuntura avendo cura di evitare il tendine estensore; allora i capi di entrambe le ossa saranno scoperti e troncati nettamente con una tenaglia incisiva. La ferita verrà poi chiusa con sutura, lasciando una piccola apertura pel drenaggio, il dito verrà posto sopra una stecca diritta, e qualche movimento passivo, incominciato dopo dieci o quindici giorni.

A queste annotazioni cliniche ed operative l'Autore aggiunge il caso seguente.

« F. C. lucidatore, venne da me nel giugno 1877 domandandomi di amputargli il primo dito della mano destra. Esaminando questo dito lo trovai tutto gonfio e grosso circa il doppio del naturale, edematoso e di color scuro e l'ammalato era perciò incapace di muoverlo. Era dolentissimo e gli impediva il sonno. Vi era una fistola in corrispondenza della prima giuntura falangea dalla quale stillava pus fetente, ed intro-

(1) Contribuzione alla chirurgia conservatrice. « Indipendente » 1878.

dotto uno specillo si penetrava nella giuntura e si sentivano le ossa a nudo e cariate. L'ammalato teneva il dito sopra una stecca, era stato curato con lozioni, ecc., ed il medico curante gli aveva consigliata l'amputazione. Con un' incisione verticale si poterono vedere i due capi articolare completamente spogliati dalla cartilagine, si escisero procurando di non offendere il tendine estensore. In allora chiusa la ferita e posto in essa un filo ritorto, perchè funzionasse da drenaggio, si medicò colle precauzioni antisettiche, e si fissò il dito sopra una stecca. Dopo una settimana la ferita era cicatrizzata. Dopo dieci giorni si principiarono i moti passivi e in capo ad un mese il paziente aveva un buon dito servibile e che egli adoperava quasi tanto bene come tutti gli altri. »

Storia di una disarticolazione del femore seguita da guarigione; del dott. V. Lesi. (*Raccogtitore Medico*, 20 settembre 1878).

Premesse opportune notizie statistiche e bibliografiche facenti particolar menzione di altri 18 casi di disarticolazione della coscia spettanti ai chirurghi italiani, l'Autore passa alla narrazione del caso a lui occorsc. Trattasi di un giovane di 24 anni, che faceva il fabbro ferrajo, e che ha vissuto sempre meschinamente perchè povero e presso che scemo. Era giunto sano e robusto abbastanza fino allo scorcio dello scorso anno, quando ammalò di un dolore al ginocchio destro pel quale fece ricorso all'ospedale. Lo si suppose ammalato da reumatismo peri-articolare e poi di sinovite fongosa, ma dopo un mese il paziente fu dimesso dall'ospedale perchè protestava di sentirsi bene. Un altro mese dopo, il paziente non si doleva punto o poco nemmeno nei movimenti del ginocchio, la gamba era perfettamente stesa e l'ambulazione libera. Il palpamento fatto energicamente sui condili e sulle diafisi riesciva discretamente molesto la sensazione che se ne riceveva era quella di una globosità diversamente elastica che si allungava per parecchi centimetri in alto oltre i condili. La pelle lievemente tesa, era mobile, sana e trascinava seco ne' movimenti impressi buona copia de' tessuti sottostanti. Praticatasi una puntura di saggio, il sottile istromento senza fatica traforò il condilo esterno, penetrò una massa di consistenza mediocre, e questa massa si sentì chiaramente costituita di detriti ossei. Dopo la puntura le condizioni si esacerbarono un poco; e poi, fatta la diagnosi di osteosarcoma, non restava che amputare e così fece l'Autore operando circa a mezza coscia. Coll'esame del pezzo patologico si vide che fra la linea di sezione dell'osso ed il principio del tumore correvano 6 centimetri. Il ragazzotto in 15 o 20 giorni era guarito; fu provveduto di un apparecchio di protesi, ma non licenziato perchè se la gamba era aggiustata, restavano l'impotenza al lavoro e l'imbecillità.

Dopo quattro mesi, sulla faccia del moncone ed in continuità delle parti molli e dell'osso, erasi già formata una piaga tonda, larga quanto uno scudo di forma orrenda con margini circolari rovesciati e ad essa sottostava un tumore della grossezza di un pugno. Per coteste alte-

razioni, l'Autore trovando indicata la disarticolazione della coscia, la eseguì facendo un piccolo lembo anteriore ed altro grande posteriormente.

Provvide all'emostasi momentanea, colla compressione dell'aorta, fatta con un guancialetto di tela compresso dalle mani di un intelligente infermiere, ed a quella della crurale coll'ajuto di un collega.

Il malato fu situato col bacino sul margine del letto, fu addotta la gamba sinistra, e l'operatore postosi fra le coscie, fece prima il lembo anteriore per trasfissione, e poi cercato subito il margine del catino coll'indice della sinistra e tagliato in basso al cercine cotiloideo, ultimava l'esportazione facendo un largo lembo posteriore. Legaronsi quattro o cinque vasi di mediocre calibro e la femorale; la quale essendo stata lambita due volte dall'amputante nella formazione del lembo, fu legata in luogo sano mediante un laccio portato coll'ago. La piaga fu lavata coll'alcool, nel fondo della ferita si mise un tubo da drenaggio coi capi fuori e si misero tre punti di sutura intercisa fatti con filo di seta. La ferita fu medicata con filaccie inzuppate nell'acqua fenicata. Il malato dopo un giorno ebbe febbre che durò parecchi. Si mostrò sempre ilare e non perdè mai l'appetito. La piaga suppurò limitatamente e la medicazione fu sempre quella, finchè tolto il drenaggio e caduti i lacci si ridusse ad una soluzione lunga e stretta che stava per chiudersi quando l'Autore pubblicò il caso. Non vi fu emorragia secondaria.

Le fratture complicate; del dott. KÖHLER. (*Morgagni*, novembre 1877).

Il Köhler combatte dapprima l'idea che i bendaggi immobilizzanti a permanenza e le fasciature antisettiche si possono sostituire. Quasi ogni resezione ed ogni frattura complicata nella clinica di Bardeleben è tosto ingessata. A ferita piccola e recente (da 1 a 2 ore), se ancora sanguinante e senza enfisema dopo la riduzione delle fratture complicate, le parti circostanti si debbono lavare o pulire col 3 per 100 di acido fenico. In altre circostanze si lava accuratamente coll'istessa soluzione tutta la ferita, che poi si copre col protettore di Lister e con sottile strato di *juta salicilica* (10 per 100), e con alcuni doppi di *juta carbolica*, tutto fasciando con benda di flanella lasciata più mesi nell'olio fenicato (10 per 100). Non si usa ovatta.

Le ulcere delle estremità, prima che fasciarle, si pennellano con soluzione argentica (2 per 100), e poi tolta la benda fenicata se ne pone una di garza non ingessata e grossolana, sulla quale si sparge pasta di gesso.

Alle estremità inferiori, possibilmente alla parte esterna, e dirigendosi verso il sito della ferita, si pone una compressa ingessata e su questa una stecca metallica di 2 a 3 cent. di larghezza ed 1|5 cent. di altezza, che di nuovo è fissata con benda di tela e gesso.

Infine sono praticate le finestre ed i loro margini restano lontani solo 2 o 3 dita trasverse dai margini della ferita, cosicchè le finestre riescono per verità relativamente piccole. Questi orli da Bardeleben sono spalmati accuratamente da uno speciale cemento antisettico (10 per 100)

di olio fenicato misto a creta bianca fino alla consistenza, ed infine è applicata una nuova fasciatura antisettica con *juta salicilica* o doppii di *juta fenicata*, che coprono per la larghezza di una mano le parti circostanti della finestra.

Anche le fratture complicate da grandi ferite, secondo l'Autore, decorrono senza fenomeni settici quando sieno medicate entro le 24 ore, e le piccole ferite coperte ancora di sangue coagulato, alcuna volta vanno esenti da setticemia anche quando sieno scorsi più giorni dalla lesione.

Nelle fratture suppuranti il Bardeleben si astiene dall'apparecchio gessato, ma disinfetta accuratamente la ferita con soluzione di cloruro di zinco (5 a 10 per 100), e di acido fenico (3 a 5 per 100), coprendola con una compressa di tela fenicata o fini doppi di juta, cui si aggiunge la irrigazione antisettica quando vi sieno già *segni settici*. Basta allora l'acido fenico, cloruro di zinco o solfato di zinco, o questo col fenico, prima in soluzioni concentrate e poi più deboli.

Si badi però che spesso e sollecitamente accade intossicazione fenica onde devesi usare molta circospezione. Le fasciature ingessate sono per regola tolte dopo tre settimane circa e rinnovate.

Seguono 37, estese storie cliniche di fratture complicate curate nel 1875, e dei 5 ultimi offesi al carpo e metacarpo uno moriva di *delirium tremens*; sventuratamente, ancora moriva dello stesso delirio uno fratturato al femore, 3 per frattura della gamba.

Si disinfettò una donna fratturata alla rotula e si provò che la *juta salicilica*, per fasciatura, non riesce abbastanza disinfettante, e per ciò morì di piemia.

E sì che questo quadro non è troppo lusinghiero, dopo tanto accorgimento, e forse tanta meticolosità nel prevenire e combattere gli elementi zimotici! Anzi, quando si voglia seguitare, e lo si deve, su questa via, che per verità va fino alla esagerazione, contro infezioni che si possono bensì supporre, ma che poi non possono in atto aver riscontro, perchè l'atto può mancare anche senza disinfettanti, bisogna badare ad altri mali che dalla stessa disinfezione possono derivare.

Il prof. De-Sanctis, scrittore di questa rivista sul *Morgagni*, cita poi una Memoria di Credè assistente nella Clinica chirurgica di Lipsia, sulla febbre dopo il metodo antisettico: Credè conchiude nella sua memoria che con questo metodo può seguire una dannosa perfrigerazione massime nelle operazioni sul capo, sul tronco ed ancor più sull'addome che se da essa ne venga un abbassamento di più gradi negli ammalati indeboliti da emorragia, può derivarne un esito letale.

Straordinario accidente nella riduzione di una slogatura dell'omero; del dott. Smith. (*The Lancet*, 6 luglio 1878).

Trattasi di un caso, in cui nel tentare di ridurre un omero slogato coll'estensione manuale, si fece una lacerazione integumentale nell'ascella e si ruppero i muscoli pettorali. Questo fatto merita di essere conosciuto,

valendo a dimostrare che un tale accidente può anche accadere senza l'uso di puleggie, e che quindi non è sempre una prova che si adoperò una forza eccessiva nel tentare la riduzione.

Da quanto ebbe a rilevare in questo caso, l'Autore è rimasto nella convinzione, che se la forza estensiva avesse continuato più a lungo solo pochi minuti, si sarebbe strappato l'arto.

La persona che fece l'estensione non era un alleta, nè potevasi supporre in lui una forza straordinaria. Era di statura media, ben complesso della persona, ma non aveva impiegata tutta la forza di cui poteva disporre quando avvenne l'accidente.

Mentre faceva la riduzione col metodo del calcagno, il cavo del suo piede parve passare attraverso la piegatura anteriore dell'ascella come se quest'ultima fosse di carta bagnata. A chi osservava fece l'effetto come se il piede si fosse aperta la strada attraverso i tessuti e non come se questi si lacerassero per eccessivo stiramento. Non eravi alcun indizio nel paziente da far sospettare profonda degenerazione dei tessuti, quantunque la professione di cantiniere fosse di un genere da favorirla. In altre occasioni d'altronde, l'Autore impiegava forza maggiore in soggetti assai più mal disposti in apparenza, per cui è da credere che se avesse usato le puleggie gli sarebbe stato difficile dimostrare di non aver ecceduto nella forza di trazione.

J. E. d'anni 58, cantiniere, fu al 30 aprile 1877 messo sotto la cura di Mr. Thomas Smith. Otto settimane prima dell'accettazione egli cadde sul gomito mentre teneva la mano in tasca. Come conseguenza di questo accidente sofferse di paralisi al nervo radiale, ed il suo braccio perdette l'ordinaria mobilità per cui venne curato in varie guise. All'esame nel momento dell'accettazione, si riscontrò che il paziente aveva sofferto una slogatura del capo dell'omero, la quale non era stata prima rimarcata. Al 3 maggio, coll'assistenza degli ajutanti chirurghi dell'ospedale, venne eterizzato, e dopochè Mr. Smith ebbe maneggiato il membro in modo da rompere le adesioni recenti si fece il tentativo di ridurre la slogatura. Il chirurgo ajutante sedendo sul pavimento a lato del paziente, pose il suo piede sinistro coperto solo da una calza sottile, nell'ascella e praticò l'estensione facendo presa al corpo ed al cubito. Dopochè l'estensione fu così mantenuta per un minuto circa, tutta la piegatura anteriore dell'ascella, gli integumenti ed i muscoli cedettero come cuojo fracido. La cavità dell'ascella rimase ampiamente aperta, ed ebbe luogo un abbondante emorragia. Questa fu tosto arrestata colla compressione, l'ammalato venne trasportato sul letto d'operazione; i vasi sanguigni vennero assicurati, e lavata l'ascella con soluzione carbolica, la ferita fu chiusa parzialmente e stabilito un drenaggio con filaccie inzuppate nella lozione carbolica.

I muscoli pettorali si trovarono quasi intieramente lacerati, ed i grossi vasi ed i nervi col capo dell'omero furono denudati ma non lacerati; la slogatura fu ridotta con facilità. Nessun disturbo costituzionale

immediato tenne dietro all'accidente. L'ammalato prendeva il cibo ben e la di lui temperatura fu normale per quattro giorni, ma come la suppura zione fu stabilita, le forze incominciarono a mancargli e morì il non giorno per esaurimento.

All'esame *post mortem*, si trovò una diffusa suppurazione nell'ascell ed all'ingiro, e che i lobi medio e superiore del polmone destro erano i stato di consolidazione. Il cuore era floscio, il fegato grosso, smorto grasso: i reni normali, la milza voluminosa, molle e semifluida; le arteri tibiali erano rigide per degenerazione calcarea. I muscoli più pallid molli e flosci del normale. Alla sede della lesione nulla si potè accer tare sulla sua condizione, dovendosi alla sua degenerazione l'insieme dell mortificazione che ebbe luogo. Non si fece esame microscopico.

Caso di gastrotomia felicemente operato dal prof. TRENDELENBUR di Rostock. (*Lancet*, agosto 1878).

Enrico K. di Goldewin, vicino a Gustrow, nato il 14 agosto 1869, ne luglio dell'anno scorso bevette accidentalmente una pozione d'acido sol forico. Circa un mese dopo cominciò a provare difficoltà nell' inghiottir motivo per cui il ragazzo fu posto sotto la cura del dottor Krull d Gustrow. Si fece più volte alla settimana il cateterismo dell' esofag da cui si traeva buon effetto; nondimeno i parenti trascurarono d condurre il fanciullo regolarmente per l'operazione e ne avvenne una rapida contrazione dello stringimento. Al 18 dicembre l'introduzion del catetere non potè aver luogo ed il dottor Krull mandò l'ammalat all'Ospedale. Qui pure si riconobbe l'impossibilità di superare lo strin- gimento che si trovava nel segmento inferiore dell'esofago. Le cande lette flessibili si storcevano prima di arrivare ad esso, e tentandosi d penetrare con stromenti puntuti di metallo e d'osso, questi si estras sero tinti di sangue; e l'essersi dopo uno o due giorni manifestati do lori infra-scapolari, ed uno stato febbrile parve indizio che il cateter avesse preso una falsa strada. Le difficoltà nell' inghiottire variavan spesso. Qualche volta il fanciullo poteva inghiottire liquidi abbastanz densi, come p. es., ova bollite, ecc., ma generalmente il latte solo gl passava e qualche volta del brodo o qualche pantrito molto lungo; ma non di rado quando gli venivano fatti dei tentativi col catetere egl rimetteva ogni cosa. Il fanciullo venne allora nutrito con clisteri di Leube

Frattanto nel mese di marzo la condizione del ragazzo era quas disperata, e le di lui forze declinavano rapidamente. La completa tem- poranea ostruzione dello stringimento si ripeteva sempre con maggior frequenza. Dopo l'iniezione della sostanza pancreatica, lo sfintere del l'ano non agiva più ed il fanciullo stava adagiato nel letto tremante e affamato. Soltanto con molta difficoltà egli riesciva a trascinarsi in- torno appoggiandosi ad ogni passo ai mobili della casa. Il suo pes diminuì fino a 16 chilogr. e mezzo, ed era evidente che il deperiment aveva raggiunto il massimo grado.

Erano giunte a questo punto le cose allorchè si ottenne il consens

del padre di praticare l'operazione della gastrotomia che fu eseguita il 28 marzo. La pelle venne tagliata trasversalmente per la lunghezza di 4 o 5 centimetri in direzione diagonale e scorrendo da destra a sinistra, paralellamente al margine inferiore della parte cartilaginea dell'ottava costa sinistra, ed alla distanza di un dito trasverso da essa. La parete dell'addome fu divisa nella medesima direzione sino al peritoneo, e nello stesso tempo il muscolo retto sinistro tagliato in parte trasversalmente. Tutti i vasi vennero allora accuratamente legati e dopo che l'emorragia fu intieramente cessata, si divise il peritoneo nella stessa direzione. Il margine del lobo sinistro del fegato rimase in allora allo scoperto e lo si vedeva alzarsi ed abbassarsi colla respirazione, ed era pure visibile un pezzo d'intestino che poteva appartenere tanto al colon quanto allo stomaco. Non potendosi decidere coll'introdurre il dito a quale delle due parti egli fosse unito, si tirò immediatamente e con forza il diaframma in avanti ed in allora si trovò facilmente l'unione dello stesso al colon ed allo stomaco. La conformazione particolare dell' arteria e della vena gastro epiploica rende l'unione del diaframma collo stomaco tanto caratteristica, che ogni dubbio sparve tosto che questi vasi furono scoperti. Lo stomaco si era accartocciato e compresso contro alla colonna vertebrale. La sua parete anteriore fu allora afferrata al punto meglio corrispondente coll' incisione, tirata un poco fuori dall'apertura e fissata temporaneamente su di essa a mezzo di due aghi da ago-puntura passati nella parete trasversalmente ed incrociantesi sulla superficie esterna dell'addome. Affinchè il peritoneo potesse essere con sicurezza compreso nella cucitura, il margine di esso nel punto tagliato fu afferrato con pinzette, stirato all' infuori ed assicurato fissando le pinzette alle parti vicine. Per la cucitura si usò una seta mediocremente forte, i punti di cucitura vennero fatti in modo che, la pelle esterna la parete dell' addome ed il peritoneo venissero traforati e la parete dello stomaco pure compresa possibilmente nella sua intera spessezza. In tutto si fecero quattordici punti. Dopochè fu finita la cucitura, la quale circondava la parte di stomaco fuoruscita per l' estrazione avente un centimetro e mezzo di diametro, questa parete venne aperta con tagli incrociati entro il circolo fatto dalle cuciture ed introdotto un tubo da drenaggio nello stomaco che fu trovato perfettamente vuoto. Tutta l'operazione fu praticata colle precauzioni antisettiche. La narcosi fu molto soddisfacente, non si ebbero vomiti ed allorchè il fanciullo fu risvegliato rimase pure libero da nausee, ma si lagnò dell' intenso dolore che la morfina gli cagionava. Durante i primi giorni susseguenti a stento si poteva scorgere qualche reazione come conseguenza dell'operazione. Il ventre rimase incavato e rientrante come prima. La temperatura si alzò d'un tratto a 38°,6 Cels. ma non si ebbe nausea, nè vomito.

Dopo il secondo giorno oltre ai clisteri nutrienti s' introdusse con molta cura nello stomaco una piccola quantità di ritagli di carne ed ova, e nel terzo e quarto giorno i punti di cucitura vennero levati. Un

Ora egli giuoca la maggior parte del giorno all'aria aperta con fanciulli della sua età e senza provare alcun disagio per la fistola allo stomaco. Il tubo è chiuso con turacciolo di sughero onde impedire che alcuno dei succhi dello stomaco esca fuori.

È scomparso interamente anche l'eczema che da principio s'era manifestato intorno alla fistola, ed il fanciullo vive con una dieta ordinaria. Il suo peso al presente è di 21 chilogr.: prima dell' operazione era di 16, al 26 aprile di 17, ed aumentò gradatamente fino al 28 luglio in cui pesava 20 chilogr. Nello spazio di 4 mesi il fanciullo crebbe di circa un quarto del peso totale.

L'Autore fa poi menzione di un tentativo infruttuoso fatto per allargare lo stringimento dall'apertura dello stomaco. La sciringa trovò facilmente l'entrata nell'esofago, ma non potè penetrare attraverso lo stringimento. Può darsi che l' esofago siasi ispessito maggiormente nella sede dello stringimento.

Dalla storia di quest'ammalato risulta che si seguì la direzione indicata da Verneuil. È da raccomandarsi il temporaneo assicuramento della parete anteriore dello stomaco al luogo dell' incisione per mezzo di due aghi incrociati e sporgenti a piatto sulla parete addominale, come pure di tirare in fuori con pinzette la parte tagliata del peritoneo. Verneuil nulla dice riguardo alla difficoltà di trovare lo stomaco da un' apertura così piccola nell'addome. Questo punto che è così particolarmente notato da Schönborn, merita però qualche considerazione. Ultimamente questa difficoltà è s' affacciava di nuovo ad un chirurgo, il quale si trovò nell' incertezza di lavorare sul colon o sullo stomaco e finalmente cucì il colon. Il diaframma, e la vena gastro-epiploica che si vede più distintamente dell'arteria, saranno sempre le migliori guide nell'operazione. Non pare all'Autore che si possa desiderare di fare una fistola più larga di quel che è assolutamente necessario per l'introduzione di un tubo da drenaggio di 5|16 di un pollice. Crede vi sia nulla da guadagnare introducendo il nutrimento da un' apertura così larga come quella costrutta da Schöborn, poichè col metodo naturale di cibarsi attraverso l'esofago, i cibi non giungono allo stomaco in pezzi, ma in uno stato polposo, ed ogni tentativo di superare la natura a questo riguardo non può dare buoni risultati. Oltre a ciò un' apertura larga ha molti inconvenienti e necessita un conveniente apparecchio per chiuderla, mentre in una fistola piccola basta apporvi un tubo da drenaggio e otturarlo al lato esterno con un turacciolo di sughero perchè lo stomaco resti interamente chiuso. Verneuil esperimentò che questo modo di otturare è perfettamente impermeabile all'acqua, perchè la membrana mucosa dello stomaco qualche poco inspessita si restringe intorno al tubo. Il fanciullo salta e corre quasi tutto il giorno col tubo nella fistola senza che il contenuto dello stomaco fluisca all'esterno. Le parti adiacenti alla fistola rimangono secche, l' edema che vi era dapprincipio è scomparso ed il sugo gastrico non è percettibile nemmeno all'odorato. La fistola ha certo

qualche tendenza ad allargarsi gradatamente e
ramento incompleto, ma questo allargamento è
causa meccanica e può facilmente essere corrett
appena si rimarchi un po' di rilasciatezza all
quattro o sei giorni il tubo alla notte o mentre
per qualche ora; la fistola allora si contrae qua
fistola tracheale quando le viene estratto la can

Nel disegno aggiunto, il fanciullo è rapprese
cibo, ed il come, non pare richieda spiegazione.
imbevuto di saliva il cibo, in parte lo tiene
inghiottisce nell'esofago, dopo di che egli prend
spinge dentro il cibo con leggeri movimenti imp
lar giù nello stomaco soffiando leggermente ent
chiude la pinzetta che aveva preventivamente
nuovo. In questo modo il fanciullo è reso indi
ed il suo cibarsi è meno disaggradevole e sa
fisiologico. Il guadagno non è poco, giacchè c
cogli altri e non è tagliato fuori per metà dal c

Tumore ipertrofico della milza, disordini della
ascite; splenotomia, morte; del dott. Aonso. (*In*

Una giovane, a 24 anni, maritata con figli, d
molestata per un tumore all'ipocondrio sinistro
potenza, vomito, peso insopportabile, stato anem
soffocazione, e simili accidenti che arrivati all'ul
la costringevano a ricoverare nell' Ospitale d
con insistenza di esserne liberata. Il tumore acc
l'ingrossamento della milza, consistente, duro, l
anteriore convessa, mobile, di forma elissoide, s
reti addominali, dall'ipocondrio sinistro discende
vica poggiando sulla sinfisi pubica ed occupando
iliaca destra; eravi ascite; l'utero si mostrava

Il dott. Aonso giudicando che a causa dei fe
più incalzanti stesse la ipertrofia di milza, non cr
ajutare la sua inferma se non colla splenotomia.
ticava una incisione sulla linea alba, che dal dis
deva a cinque centimetri al di sopra dell'ombel
peritoneo. Arrestato il sangue premendo colla
piccoli vasi d'onde sortiva, apriva inferiormente
al liquido raccoltovi ed ampliata l'incisione pres
venne spostato in alto ed a destra mettend
milza. Divaricato coi dilatatori del Péan i marg
trodotta la mano verso l'esterno constatava esser
libera anteriormente, ma che superiormente aderi
alla vôlta diafragmatica ed alla sua porzione lom
queste aderenze colle dita, afferrata la porzione

pava la fossa iliaca destra, fu tratto immediatamente fra la ferita estraendonelo gradatamente, mentre gli assistenti con spugne intiepidite ed umettate impedivano l'uscita delle intestina e lo sostenevano Liberavasi in allora questo da aderenze che teneva col mesocolon e con doppio filo metallico, rispettando il pancreas, si legava in massa il legamento gastro-splenico presentantesi della lunghezza di sedici centimetri, recidendolo appena al davanti della legatura ed avvertendo che il sangue sgorgante dalla milza non avesse a cadere nella cavità addominale. Ricondotto l'epiploon nella sua posizione riunivasi la ferita con punti di sutura, fissando il peduncolo all'angolo superiore della stessa.

L'operazione non oltrepassava in durata i 40 minuti; il tumore sgorgato dal sangue pesava 4500 grammi, misurando 36 centimetri in lunghezza, 20 in larghezza ed 8 in spessore.

L'operata visse appena tre ore conservando i proprii sensi e con una temperatura di 37° 1|2. All'autopsia si constatò che il legamento gastro-splenico era fortemente serrato dal doppio filo metallico.

Il dott. Aonso lascia il fatto senza commenti, e per verità non ne ha di bisogno.

Riduzione mediante il taxis di un'ansa intestinale strozzata attraverso ad una lacerazione del sacco erniario; del dott. ACHILLE ANTONIO TURATI. (*Gazz. Med. It. Lomb.* 1878, N. 25).

A conferma di questo raro accidente illustrato specialmente da Birkett, il dott. Turati racconta il seguente caso:

Un uomo, d'anni 40, da molti anni ernioso all'inguine sinistro, ed abitualmente munito di cinto, presentava da 8 ore l'ernia discesa e strozzata. Il tumore era del volume di un pugno, teso, elastico, dolente, e mediante il *taxis* veniva ridotto lasciando nello scroto una tumefazione molle, fluttuante, con atrofia del testicolo, che il paziente diceva preesistente alla discesa dell'ernia. Dalla riduzione fatta però non si ebbe vantaggio, anzi indi a circa 12 ore il tumore era riapparso in gran parte col volume di un ovo e che mediante rinnovazione del *taxis* prolungato per venti minuti veniva completamente ridotto; il giorno successivo per altro passava con sintomi incerti e senza che si potessero ottenere scariche alvine; al vegnente ancora e precisamente a 61 ore dalla prima discesa dell'ernia il dott. Turati visitava il paziente.

All'anello inguinale esterno sinistro esisteva una tumefazione circoscritta, dolente e crepitante, il fondo dello scroto disteso, fluttuante ma non trasparente alla viva luce diretta; l'abbattimento generale era grande, l'addome era dolente verso l'inguine nominato, non però disteso ed alla stipsi erasi aggiunto il vomito. Si decideva quindi per un operazione esplorativa. Incisi perciò gli strati esterni si scopriva una membrana ispessita a foggia di sacco occupante da una parte lo scroto, insinnantesi coll'altra lungo il cordone spermatico, da essa mediante puntura ne esciva liquido siero-sanguinolento, inodoro; entro a questo sacco eravi una seconda tunica grossa, di consistenza carnosa e che aderente alla

parte interna del primo sacco sembrava circoscrivere una cavità. Alla parte inferiore di questo segmento di sacco scorgevasi il testicolo atrofico od imperfettamente sviluppato che fosse. In vicinanza ad esso esisteva un breve diverticolo carnoso.

« Una prima puntura con trequarti di esplorazione praticata nel piccolo tumore non diede nè siero, nè elementi di parenchima seminifero; da una seconda fatta nel mezzo di questa tunica usci un liquido simile a muco intestinale. Dilatata quest'ultima puntura e per l'incisione scorrendo col dito in una specie di canale, si arrivò lungo il tragitto inguinale, all'anello interno, che si riconobbe ristretto. Si pensò opportuno incidere quest'ultimo con bistorì bottonuto, per poi praticare a titolo di scandaglio dei tentativi di trazione sul cordone spermatico e che diedero risultati negativi.

« Restava ancora vicino all'anello inguinale esterno una parte non esplorata negli strati profondi; quivi smagliando colla pinzetta il tessuto connettivo, si pose infine a nudo un'ultimo sacco, resistente, ad evidenza erniario, che aperto e poscia esplorato col dito non lasciava conoscere alcuna ansa di intestino, nel mentre pel medesimo si penetrava liberamente nella cavità peritoneale. Se non che seguendo poi la sua parete esterna si cadeva in una specie di diverticolo scavato negli strati profondi della parete anteriore della fossa iliaca; di più nel segmento inferiore ed esterno del suo orificio si sentiva distintamente coll'indice un cordone carnoso, teso, che si perdeva affatto immediatamente al disotto dell'anello inguinale interno, mentre che in alto si continuava nell'addome, ingrossava, ed era dolentissimo alla pressione, non aveva punto, per quanto si potesse rilevare col tatto, in un campo così ristretto, alcun carattere che potesse far supporre, fosse una parte dei due capi intestinali di un'ansa erniosa; possibile fosse omento aderente al collo del sacco e questa sembrò l'ipotesi più probabile. »

I dati così raccolti sembrarono sufficienti ad escludere una successa falsa riduzione e la ferita venne riunita mediante sutura attorcigliata. I fenomeni della occlusione intestinale però continuarono e 32 ore dopo il paziente moriva.

All'autopsia, riaperta la vaginale ed il vero sacco erniario protrudente 5 centimetri dall'anello inguinale esterno, si penetrava attraversandolo nella cavità peritoneale mentre ripiegando l'indice all'esterno si cadeva in una saccoccia o diverticolo che si prolungava all'esterno evidentemente nel connettivo sotto-peritoneale. Nell'orificio interno del canale erano fortemente impegnati due capi dell'intestino tenue, presentando la fossa iliaca ad essi esterna una rilevatezza del volume di un'uovo coperta dal peritoneo, spaccato il quale vi si scorgeva al disotto ed innicchiata nel connettivo, imbevuto di siero sanguinolento, un'ansa intestinale di colore pavonazzo ed a chiazze nerastre con essudato siero-fibrinoso. Ricercando in allora più diligentemente nel tragitto erniario e nel sacco si riconosceva nella faccia esterna di quest'ultimo, immediata-

mente sotto all'anello inguinale interno, una lacerazione lunga due centimetri e mezzo per la quale si penetrava nell'accennata saccoccia sottoperitoneale. L'ansa che vi stava racchiusa misurava 8 centimetri. Il collo del sacco non aveva subito uno spostamento totale, solo il segmento esterno ne era staccato dalla parete addominale alquanto spiegato in alto ed all'interno, sul cui margine falcato passavano tesi e ridotti a cordone i due capi intestinali per portarsi all' esterno nella saccoccia suddescritta.

Eravi quindi più che a sufficienza per dedurne, che coi ripetuti e prolungati maneggi del *taxis* il sacco violentemente disteso si fosse rotto alla parte sua esterna appena al disotto del suo collo passando entro a quella bottoniera l'ansa intestinale, la quale stirata a cavalcioni dell'anello stesso diede la sensazione di quel corpo pastoso e dolente che erasi giudicato per omento. Le quali circostanze tutte affatto speciali punto non infirmano l'indicazione e l'utilità pratica di un'operazione esplorativa quì accidentalmente mancata allo scopo.

Esportazione di fibro-encondroma colossale della pelvi; del prof. Enrico Bottini. (*Giorn. dell'Accademia di Med.* in Torino, 1878).

Di questo caso ancora ne fu redattore lo studente sig. Bono, dal quale avremmo pur voluto maggiori particolari. Ecco per intero la breve storia:

« Un ragazzo, d'anni 6 1|2, aveva appena toccati i tre anni che i parenti avvertirono alla regione pubica destra una piccola tumefazione indolente, del volume d'una piccola nocciuola; tumefazione che andava poi lentamente ingrossando e distendendosi lungo il legamento di Poparzio, dalla sinfisi del pube verso la spina iliaca anterior superiore destra.

« I varii sanitari, cui i parenti del bimbo richiesero di consiglio, indicarono l'applicazione alla parte di cataplasmi di farina di semi di lino ed unzioni di pomate risolventi. Ma tutto questo non arrestava il processo del tumore il che per altro avveniva senza grave danno dello stato generale del piccolo paziente.

« I parenti, che avevano già consultati numerosi sanitari e condotto a diverse riprese il ragazzo allo Spedale di Vercelli senza alcun risultato, vennero finalmente nella seconda metà dello scorso ottobre 1877 a Torino per fare operare il loro figlio dal prof Bottini.

« A quest'epoca il tumore s'era esteso dal pube, onde aveva avuto origine, fino alla spina iliaca anteriore superiore destra; le vene cutanee dell'addome, specialmente in corrispondenza al tumore, si presentavano notevolmente turgide e dilatate e la parte presentava queste dimensioni:

Circonferenza a livello dell'ombellico	cn
Circonferenza pelvica	»
Dalla metà sinistra della sinfisi pubica alla sinfisi sacro-iliaca sinistra	»
Dalla metà destra della sinfisi pubica alla sinfisi sacro-iliaca destra	»
Dalla sinfisi del pube alla spina iliaca anteriore superiore destra . . . . :	»
Dal pube alla spina iliaca posterior superiore destra .	»
Circonferenza della base del tumore	»
Massima altezza del tumore	»
Lunghezza del tumore	»

« Il neoplasma sorgeva direttamente dalla sinfisi pubica, ed modo infisso alla pelvi che era impossibile farlo lievemente on qualsiasi direzione.

« Afferrato in pieno il tumore, si poteva con quello solleva gazzo di tutto peso, senza che ne provasse alcuna molestia.

« Venne giudicato un *fibro-encondroma pelvico* e proposta l lizione.

« Alle ore 2 pomeridiane del giorno 28 dell'ottobre 1877 il p tini, fece l'operazione col procedimento antisettico di Lister, c scrupolosamente nei più minuti particolari.

« Il tumore esportato pesava gr. 370; esso era ubicato sotto addominali, sorgeva dall'osso pubico destro e segnatamente dall ilio-pubica, inserivasi tenacemente al legamento di Poparzio e sollevato e spostato l'anello inguinale esterno; per arrivare su si dovettero recidere, oltre i comuni tegumenti, in pieno le grande obliquo ed in alto ed all'esterno quelle del piccolo e t Posteriormente appoggiava sul fascio *trasversalis*, da cui ven cato colla cura più diligente.

« Non seguì reazione. Parte in seconda e parte in terza gi levarono i 14 spilli della sutura, si trovò la breccia saldata p intenzione. Una volta al giorno si medicava alla Lister. In no nata il piccolo paziente abbandona il letto, ed in 18ª potè esser tato all'Accademia perfettamente guarito. »

Tre figure puramente macroscopiche illustrano il caso; rap la prima il ragazzo col fianco destro deformato dal tumore, la lo raffigura guarito, la terza dà una idea della forma e del vol tumore stesso.

Due casi di varicocele curati mediante la legatura elastica ria; del prof. A. Scarenzio. (*Rendiconti del R. Istituto Lomba* rie II. V. XI, fasc. X. Milano, 1878).

Tra gli svariati mezzi che la pratica chirurgica presenta pe radicalmente una simile affezione, il prof. Scarenzio preferiva g

gatura sottocutanea elastica che recide il cordone senza obbligare a speciali apparecchi ed esime l'operatore dall'aumentare di frequenti la strettura.

Con tutto ciò l'esperienza gli aveva dimostrato (1) come la caduta del laccio elastico potesse variare dai 9 ai 25 giorni, il qual tempo, appunto perchè scorre senza incomodi gravi da parte degli operati, li rende impazienti e fastidiosi. Accettava perciò l'idea nata a Davison (2) e da esso attuata, di ricorrere alla legatura sotto-cutanea temporaria, sostituendo per altro al filo comune l'elastico che unisce ad una minore violenza maggiore efficacia.

E che l'allacciatura temporaria potesse condurre all'intento era dato sperarlo seguendo le fasi, che presentano le vene del cordone spermatico legate, ove i fatti più importanti del coagulo fisso e di una proliferazione plastica all'ingiro della strettura avvengono nei primi giorni, per cui ne veniva che, se anche il laccio avesse dopo la loro comparsa cessato di agire, la guarigione la si sarebbe ottenuta ugualmente, come la si raggiunge con altri mezzi coagulanti. E lo provava coi seguenti casi:

Al giorno 11 dicembre dello scorso anno veniva accolto in una delle sale del civico Spedale di Pavia, un tessitore d'anni 45, con un voluminoso varicocele sinistro, che specialmente d'estate lo molestava e del quale intendeva liberarsene. Il volume suo era infatti pari a quello di un limone, e sia dal lato ammalato quanto dal sano, il testicolo era inverso. Volendolo operare gli applicava la legatura elastica sotto-cutanea, e già al primo giorno le vene sottostanti all'allacciatura mostravansi piene di coaguli e le sovrastanti lo furono al successivo, andando mano mano il coagulo indurendosi, finchè al settimo giorno, credendo che fosse venuto il tempo di aumentare la strettura, stirava sul filo e questo si lacerava sortendo senza avere completamente reciso il funicolo venoso. Ciò nullameno il coagulo si mantenne duro, andò in seguito diminuendo di volume, ed oggi ancora l'operato gode perfetta salute, non essendovi più traccia del male sofferto.

Incoraggiato da questo fatto il prof. Scarenzio non esitava a ripeterlo nell'aprile scorso in un giovane ingegnere, che intendeva fra qualche settimana condurre moglie e che voleva prima liberarsi da un molesto e voluminoso varicocele pure sinistro. Applicatavi la legatura elastica sotto-cutanea, appena dopo tre ore, si sentiva il coagulo formato inferiormente ad essa, al mattino successivo andava costituendosi anche superiormente, e d'allora l'uno e l'altro non fecero che consolidarsi. Al

(1) *Del valore della legatura elastica in chirurgia. — Nuovo contributo all'efficacia della legatura elastica in chirurgia.* « Rendiconti del R. Istituto Lombardo. » Serie II, vol. VIII, fasc. XVI, 1875 e vol. X, fasc. XV, 1877.

(2) *New mode of operating for the radical cure of Varicocele.* (« Pacific. med. und surg. Journal », mai 1872 e « Revue des sc. méd. » vol. I, 1873).

sesto giorno dall' applicazione stirando sull'ansa riesciva facile il farla sortire in parte dalla ferita scrotale e troncarne il filo estraendolo. Da allora le cose progredirono rapidamente di bene in meglio, diminuendo e semprepiù indurendosi il tumore provocato, permettendo al fidanzato di passare a nozze al 17° giorno dall'operazione.

Allo stato presente l'operato non ha più traccie di varicocele essendo la parte ammalata ridotta allo stato normale.

In seguito a questi due fatti adunque che confermano pienamente il processo di Davison, l'Autore non esita a dichiarare essere la legatura elastica temporaria il mezzo più utile per la cura del varicocele. Se a preferenza delle altre legature, poi devesi adoperare l'elastica si è perchè questa, come accennavasi, oltre che agire con maggiore energia e senza interruzione, permette che a qualsiasi tempo della cura si possa stirare l'ansa all'infuori dei tessuti, entro ai quali sta sepolta, e reciderla.

Quattro casi di puntura capillare della vescica; del profess. Enrico Berti. (*Imparziale*, maggio 1878).

Come era da aspettarsi il prezioso ed innocuo sussidio della puntura capillare della vescica a scopo di evacuarla dalle orine cui non puossi procurare l'uscita per le vie naturali, va acquistando credito nella pratica e prenderavvi posto stabile quando i pratici vi si appiglino con fiducia come fece il prof. Berti nei seguenti casi che brevemente riassumiamo:

Caso 1°. — Un uomo di 37 anni, con istenosi uretrale antica trascurata e resasi insuperabile dai cauterj, soggiaceva ad iscuria, che al momento della visita del prof. Berti datava da 20 ore, arrivando il fondo della vescica fin quasi all'ombellico. Riusciti vani i replicati tentativi di sciringatura con varj cateteri, si passava alla puntura capillare che venne eseguita con un *troiquart* comune da esplorazione a tre centimetri sopra il pube ed in seguito alla quale senza altra precauzione che di fare inclinare leggermente il malato su di un fianco estraevansi un chilogrammo e duecento grammi di urina Estratta la cannula colla precauzione di avvicinare premendoli gli strati della parete addominale, non occorse medicatura di sorta. Alla sera del giorno vegnente, persistendo l'iscuria, l'uretra potè venire superata da sottile minugia che l'Autore preferiva lasciare in sito e ripetere la puntura anzichè arrischiare di non vedere a sortire l'orina da un canale tanto stretto e perdere il vantaggio ottenuto. Colla seconda puntura estraevasi altro chilogrammo di orina; la minugia veniva lasciata in posto fino al mattino veniente potendo allora essere facilmente sostituita prima da una candeletta conica del N. 1, ed immediatamente da una sciringa pervia di uguale dimensione che venne lasciata a permanenza. Si continuava quindi nella dilatazione graduata ed un mese dopo la prima puntura il paziente era guarito.

Caso 2°. — Un'ingegnere, d'anni 30, pure affetto da stenosi uretrale con fistole perineali era costretto ogni qualvolta volesse orinare, ad in-

trodurre in vescica una sciringa elastica che non mai superò il numero uno, finchè fattasi l'iscuria completa e durando essa da 24 ore chiedeva l'ajuto del prof. Berti. Anche in questo caso la semplice puntura capillare evacuava millecento grammi di orina; la si ripeteva al giorno successivo e dopo questa lo stringimento tornava superabile permettendo il passaggio della piccola sciringa che già adoperava, il paziente non desiderò di più.

Caso 3°. — La puntura capillare riesciva a rimediare all'iscuria in un caso consimile ai due suesposti, col vantaggio in più che l'operatore nello spazio di cinque settimane potè ristabilire il corso naturale delle orine senza che occorresse una seconda puntura.

Caso 4°. — Questo fatto appartiene al dott. Marchettini nelle cui mani la puntura capillare della vescica non solo riusciva innocua, ma tornava utilissima per avere reso possibile qualche ora dopo lo svuotamento della vescica per le vie naturali.

In nessuna di queste sei punture si sentì il bisogno di ricorrere alla aspirazione, e fu un bene, perocchè dessa aumentando la pressione vasale non può a meno che di agire come causa di congestione. D'altronde come più volte avremmo a dire ed a provare, essa non sarà mai per riescire necessaria quando alla bocca esterna del *troiquart*, che all'intento abbiamo fatto foggiare ad oliva, si applichi un tubo di gomma elastica che agisca a scifone. Ed infatti la difficoltà nell'evacuazione non potrà incontrarsi se non quando pel diminuire della capacità della vescica la parte estrema della cannula va a raggiungere i sedimenti orinosi, ed allora facendo agire il scifone in senso inverso quei materiali si possono diluire mediante acqua tiepida loro procurando la possibilità di sortire. E giova ricordare come l'utilità del scifone quì non si limiti, ma riesca prezioso anche perchè mediante esso si evacua l'orina senza inclinare il paziente e senza fare pressioni sulle pareti addominali.

In quanto al valore della puntura in discorso ed in rapporto alle stenosi uretrali producenti l'iscuria, a ragione il prof. Berti ritiene che togliendo la pienezza della vescica e con essa il doloroso tenesmo che ne consegue, annientando la tensione delle fibre muscolari alla quale tiene dietro per ragione di continuità e per azione reflessa uno spasmo più o meno forte del canale uretrale, di solito già irritato pei ripetuti tentativi di cateterismo, facendo inoltre cessare il turgore dell'uretra dovuto al peso ed al volume della vescica inceppanti il corso venoso, si vengono ad acquistare condizioni favorevolissime per ritentare con profitto la siringazione prima impedita dell'uretra. Che se questo riescisse ancora impossibile la facile ed innocente puntura anche più volte ripetuta vale a dare tempo affichè il chirurgo possa dopo la voluta ponderazione e con calma passare ad atti di maggiore importanza, e ciò tanto nei casi di stenosi uretrale quanto in altre condizioni morbose che impediscano la emissione delle urine.

Nuovo processo operatorio per il prolasso
mento rapido rettilineo ed escisione; del dott.
servatore medico di Palermo, fasc. III, 1878).

L'Autore teneva in cura un ammalato per
fra il secondo e terzo stadio. Arrivato il mal
più possibile di ricorrere ai mezzi, non pochi,
sia per restituire agli sfinteri la contrattilità
opporsi al prolasso, sia per fissare la mucosa
le aderenze e sostenervela coll'ajuto della retr
trice. Non poteva perciò praticare alcuno de
uopo da Hey, Dupuytren, Gallozzi, Robert,
più razionale era quella di distruggere il tum
Questo fece col seguente processo:

Fatto coricare l'infermo sul fianco sinistr
sul bacino e la sinistra distesa, ed anestetizz
formio; approfittando della solcatura esistente
cercine, abbracciava per mezzo di due robusti
due metà del cercine, tirate in fuori preceden
zette di Museux. Le branche di ciascun ente
in modo, che l'esterna stesse più anteriormen
centimetro per risparmiare la cute anale c
alla sua base il prolasso.

Praticava allora lo schiacciamento delle
stringendo le branche degli enterotomi per n
energicamente era possibile.

Il segmento anteriore del cercine non pot
branche dei due enterotomi retti, per cui con
sul piatto, recideva la porzione del prolasso
degli enterotomi infino ad un centimetro dall
così fu facile l'applicare un altro enterotomo
del prolasso compreso fra le punte degli schi
tre enterotomi formavano la lettera greca π.

Continuava allora l'escisione del prolasso
mezzo centimetro in avanti della superficie d
l'operazione applicando con un pennellino del
superficie di sezione.

Ripulito il campo dell'operazione s'avvede
sangue gemeva in vicinanza degli estremi dei
ciò era ben naturale, imperocchè le punte dei
dosi in mezzo al tessuto del prolasso, le a
punto. Faceva sospendere allora le inalazioni
in sito gli enterotomi così stretti per circa 1
Dopo tal lasso di tempo s'accingeva a rim
lentando dapprima solamente la vite per veder
dalla superficie di sezione. L'emostasia era c

menti alla base del prolasso restava una specie di frangia di tessuto fortemente contuso, che si restrinse formando delle pieghe raggiate; questa frangia pressa dolcemente la faceva rientrare nell'interno del retto.

Poca filaccia bagnata in acqua fenicata e la vescica di neve applicata sulla regione anale completarono la relativa medicatura.

La cura consecutiva consistette in injezioni sottocutanee di morfina per lenire i dolori vivissimi alla regione anale, qualche cucchiajo d'olio di ricino per ajutare la defecazione, clisteri d'acqua calda, medicazione detersiva con acqua fenicata, torunde spalmate di pomata d' ossido di zinco.

L'ammalato dopo 37 giorni era completamente guarito ed accudiva come per l'addietro alle sue occupazioni.

L'Autore, senza negare, che esistono altri processi operativi pel prolasso del retto, coi quali si può ottenere uguale felice risultato, ritiene il suo abbastanza pregevole, massime per non esservi il pericolo tanto temuto della stenosi rettale. Siccome, dice l'Autore, la retrazione finale di una cicatrice è sempre proporzionale alla lunghezza primitiva della medesima, così quando si vogliono evitare i danni dell' eccessiva retrazione, devonsi procurare tutti i mezzi affinchè questa cicatrice sia primitivamente molto estesa. Ora, la catena dello schiacciatojo di Chassaignac, l'ansa galvano-caustica ed il filo del serranodi producono l'effetto opposto.

Passa in seguito in rivista tutti i processi operatorii del prolasso rettale usati fin oggi: dalla cauterizzazione col caustico attuale e potenziale alla legatura semplice, elastica, allo schiacciatojo, all'ansa galvanica e ne fa la critica, notando sempre come il suo metodo per ogni verso sia il migliore.

Giova sperare che ulteriori casi abbiano a ciò confermare.

Tre casi di tumori emorroidarii trattati cogli enterotomi modificati; del prof. Gallozzi. (*Morgagni*, febbraio 1878).

I pratici conoscono come il Gallozzi fin dal 1865, trovandosi innanzi ad un paziente di tumore emorroidario, che prolungandosi molto in alto nel retto rendeva impossibile l'uso dell'*écraseur* di Chassaignac e non volendo d'altra parte rinunziare allo schiacciamento, abbia ideato un nuovo metodo usando dell' enterotomo di Dupuytren modificato e con ottimi effetti anche in molti altri casi. Giova per altro qui richiamare quell' utile processo operativo:

Dopo avere preparato l' infermo, vuotando previamente il suo intestino con ripetuti purganti, che saranno somministrati nei giorni antecedenti all'operazione, e dopo avere procurata la sporgenza dei tumori, desso verrà situato nel decubito laterale destro, coll'arto ch' è in sotto disteso e col sinistro flesso. Si procurerà quindi all' infermo l'anestesia, ed il chirurgo appronta il suo apparecchio strumentario che consiste di sei od otto enterotomi, di una pinzetta per fimosi del Ricord, delle forbici a cucchiaja, di un boccottino con percloruro di ferro, delle filaccie,

di una fascia a T e di una vescica con ghiac
ottenuta l'anestesia, si comincierà ad abbraccia
la sua base mercè un enterotomo divaricato (
stretto mercè la vite, dopo nondimeno essersi
col dito, se l'enterotomo è spinto nell'ano, e
completamente compresa dalle branche dell'is
trattandosi di più tumori, verranno l'un dop
enterotomi, badando sempre, come avverte il
i raggi del retto e siano paralleli al suo asse
invece di aversi tumori gli uni dagli altri d
cine emorroidario completo che cinge l'orifi
rebbe segmentare questo cercine con quattro
zioni che corrispondono ai solchi che restano
tiva divisione dei tumori e secondo i raggi d
mori saranno schiacciati, sempre con la massi
dei rispettivi enterotomi, si comincierà ad es
chiaja la parte del tumore che sporge in ava
di che lo strumento stesso potrebbe essere
sicuro di non aver a deplorare mai fatti di
poraneamente allo schiacciamento è avvenuto
giore precauzione si usa passare sulla ferita
di ferro. Indi si completa la medicatura met
una piccola torunda imbevuta della eguale sos
filaccia che verrà sostenuta da una fascia a
le prime ore una vescica con ghiaccio pesto.

Nel decorso anno 1877 nella Clinica chiru
operati con questo metodo tre infermi, i qu
completamente guariti, dopo non più di 15 g
avesse a lamentarsi di stenosi dell'orificio an
aversi collo schiacciamento lineare di Chassa
Jobert de Lamballe.

Esportazione di grosso tumore emorroidari del prof. ENRICO BERTI. (*Imparziale*, maggio

Un uomo, d'anni 54, era da varii anni soffer
roidi esterne ed interne che pur uscivan fuor
deporre l'alvo; tale morbosità oltre che im
gionavangli frequenti emorragie anali, donde
grediente anemia che lo faceva decidere alla
radicale. Le emorroidi, dopo l'atto della defe
guinanti l'ano raggiungendo il volume di un'ar
e ne era indicata urgentemente la loro espor
teso il loro volume e la loro disposizione non

(1) L'enterotomo di Dupuytren più corto e col
la punta quando è chiuso.

la legatura; nemmeno volle appigliarsi all'*écraseur* non giudicando prudente cosa l'anestesia generale coadjuvante indispensabile quando si adoperi un così violento e rozzo espediente; preferì invece la galvanocaustica, rapida nella sua azione, incruenta più che non gli altri due mezzi, che non è susseguitá da dolore e che sembra disporre meno alle febbri di infezione ed alle flebiti.

Procuratasi la maggior possibile fuoruscita dei tumori mediante premiti da parte del paziente, situato questo boccone sulla sponda del letto, ed estratte mediante l'indice alcune varicosità che mantenevansi interne, l'operatore circondava quella massa mediante un filo peduncolandola; lungo il solco applicava l'ansa di platino e resala incandescente la recideva, impiegandovi tre minuti primi L'operazione riescì affatto incruenta ed una sottile escara grigiastra rimase sulla superficie recisa. Nessun accidente vi tenne dietro, le defecazioni si fecero tosto senza dolore, le materie emesse da liquide diventarono figurate e caduta l'escara si ebbe cura di introdurre nell'ano fino a cicatrizzazione completa, uno stuello di filaticcio. Perfettamente guarito alla località, l'operato punto non ripigliavasi nello stato suo generale, il quale peggiorando, facendosi imponente e non da altro dipendendo che da un depauperamento sanguigno senza vizii organici, persuadeva il prof. Berti a praticare la trasfusione sanguigna.

Adoperò a questo intento il sangue di agnello defibrinato mantenuto alla temperatura di 38°, injettandone mediante la siringa di Braune circa 70 grammi nella vena mediana cefalica destra. Il malato sopportava l'atto operativo senza inconvenienti, solo poco dopo veniva colto d'affanno e senso di soffocazione gravi che furono passeggeri dando luogo all'insorgenza di perfrigerazione intensa quale all'esordire di grave febbre miasmatica, indi a mezz'ora e dopo l'impiego di rimedii analettici cessava e l'operato si addormentava per circa un'ora manifestandosi poscia un profuso sudore generale. Il calore da 37° era salito a 38°, nacque desiderio di prendere cibo, lo tollerava maggiormente, cessava la diarrea e ben presto l'operato fu in grado di alzarsi dal letto e passeggiare senza più soffrire nè vertigini nè la prostrazione cui era ridotto. La di lui salute andò sempre più rinfrancandosi rendendosi capace a resistere alle più crude fatiche.

RIVISTA D' OCULI

del dott. GIULIO FLARE

Hirschberg — *Alterazione del fondo oculare*
Verneuil — *Fusione temporaria delle palpebre*
Galezowski — *Studio sull'emicrania dell'occhi*
Bull — *Contribuzione allo stud o delle cisti s*
Swanzy H. — *Influenza delle affezioni dell'u*
Sammelshon — *Amaurosi completa d'un occhi stite orbitale consecutiva ad un'estrazione*
Buzzard — *Blefarospasmo guarito radicalme*
Tonoli S. — *Lo jaborandi nella produzione d pillare.*
Businelli — *Sulle operazioni di cataratta.*
Lubinski — *Ulcero primario sifilitico delle p*
Id. — *Guarigione persistente d'un glaucoma i lussazione della lente.*
Horner - *Sulle fasciature bagnate coll'acido*
Gillet de Grandmont — *Oftalmoscopio a refr*
Gräfe A. — *Medicazione antisettica nelle estr*

Veränderungen des Augengrundes bei allge *zioni del fondo oculare nell'anemia generale* (*Klinisch. Monatsbll. f. Angenheil*, octob. 1877

In generale nell'anemia l'ottalmoscopio non zione del fondo oculare. Hirschberg ebbe occa ammalati d'anemia nella Clinica del prof. Fr essi stabilire tre varietà di lesioni oculari.

Nella prima la papilla di amendue gli occ biancastra come nell'atrofia, senza però offrire un contorni sfumati, i vasi centrali conservano il visiva si mantiene pressochè intatta, quando n e chiazze nella regione della macula lutea. Sot salute generale, la papilla riprende il suo aspe

La seconda varietà, si osserva nell' anemia condaria ed in essa la papilla si fa torbida bi flesso dei vasi, i quali diminuiscono di calibro, Ad immagine diretta all'intorno della papilla, il finamente striato ed i vasi appajono leggermen

dere l'immagine di una nevro-retinite doppia. In alcuni ammalati si osservano anche delle emorragie e delle macchie biancastre nella retina.

La terza varietà è costituita da una vera nevro-retinite, la quale si presenta dopo alcuni giorni da un'emorragia considerevole ed in essa la papilla non molto gonfia è interamente infiltrata, infiltrazione che si estende fino alla regione della macchia gialla, da dove a poco a poco va scomparendo per far luogo alla tinta rossa normale del fondo oculare.

Sul fondo biancastro infiltrato, sonvi qua e là delle emorragie e l'acutezza visiva e sempre diminuita. La guarigione è estremamente rara e per lo più termina prontamente con esito letale.

L'Autore riferisce l'osservazione molto importante di un uomo di 52 anni, che già da tre anni soffriva per affezione gastrica e che tutto ad un tratto venne preso da abbondantissima ematemesi, che lo lasciò privo di sensi. Dopo tre giorni dall'emorragia l'ammalato essendo ancora anemico al più alto grado, venne esaminato all'ottalmoscopio e si vide la papilla sinistra bianchiccia con un leggier riflesso rosso, i vasi assottigliati in ispecial modo le arterie, che non si potevano seguire che per un breve tratto verso la periferia. A destra all'incontro eravi una nevrite ottica perfettamente caratterizzata. Otto giorni dopo l'accidente la nevroretinite dell'occhio destro era arrivata al suo apogeo, la papilla era irreconoscibile e la si desumeva dall'emergenza dei vasi, all'intorno di essa la retina era opaca, infiltrata con una tinta grigiastra, che si estendeva fin'oltre la regione della macula, presentava numerose macchie emorragiche, alcune striate, altre irregolari.

Nell'occhio sinistro si era resa manifesta la nevro-retinite che prima era ancora discutibile.

Ventidue giorni dopo l'ematemesi, non si notano più traccie d'emorragie nè di placche biancastre; a destra la papilla è bianca atrofica a contorni ancora diffusi come nell'atrofia che succede alla nevro-retinite; a sinistra è ancora rossastra. A destra amaurosi assoluta; a sinistra circa 1|4.

In quest'osservazione è di molto peso il fatto che un certo lasso di tempo è passato fra la perdita di sangue e la perdita della vista od è in questo intervallo di tempo che si sviluppò la nevro-retinite di rapido decorso e che finì coll'atrofia de' nervi ottici.

Fusion temporaire des paupières. (*Fusione temporaria delle palpebre*); del dott. VERNEUIL. (*Bull. de la Soc. de Chir. e Revue des Sciences med.* avril 1878).

Verneuil è del parere che si può sostituire la sutura delle palpebre alla blefaroplastica in tutti i casi d'ectropion. Egli presentò un ammalato affetto da ectropion doppio completo al quale egli aveva lasciate chiuse le palpebre per un anno.

Secondo l'Autore il processo è facile ed innocente e presenta dei buoni risultati come la blefaroplastica, operazione difficile delicata, che è del dominio esclusivo di qualche abile chirurgo. La sutura non deve

essere riservata ai casi di ectropion doppio;
eccellenti nei casi in cui una sola palpebra è
guito a pustola maligna. Tuttavia Panas è d'a
rafia riesca, bisogna che le palpebre offrano u
gio, il che avverrà quando entrambe sono i
da lui operato la palpebra superiore era cica
maggiore, che l'inferiore. Quest'ultima ha
stata spostata in alto. Per tal modo in luogo
vello della sutura, converrà sezionare in pien

Etude sur la migraine de l'oeil. (*Studio sul*
del dott. GALEZOWSKI). *Gaz. heb e Revue des*

Le conclusioni di questo lavoro sono le se

1° La micrania dell' occhio, s'attacca più
femminile;

2° Non sembra che l'età possa avere una
voluzione della malattia;

3° Dessa si manifesta più spesso nelle pers
degli anni dalla emicrania ordinaria; quest'ul
ed è rimpiazzata da accidenti nervosi visual
denti ponno manifestarsi senza essere preced
nervoso;

4° La malattia non incomincia sempre
volta è preceduta da mal di capo; in altri c
rompe ad un tratto ed è caratterizzata dall'
centrale;

5° L'emiopia è monoculare o binoculare. L'
fiata laterale, altre volte occupa la metà su
Nella forma binoculare il campo visivo è abo
nella metà destra o sinistra dei due occhi. L
abolita in una metà del campo visuale, tu
conserva quasi normale. Questa emiopia no
dura che 20, 30 o 50 minuti e si dissipa
volta si trasforma in una piena cecità di co
è susseguita da una debolezza di vista, che
della giornata;

6° Lo scotoma centrale è più raramente i
malattia, che conserva questa forma fino alla
vide trasformarsi in emiopia;

7° Delle iridescenze e dei fenomeni scintil
gnano il più delle volte la emicrania oculare.
questi fenomeni luminosi, nella parte oscura d
allontanano a poco a poco e si dissipano po
malati fra gli altri percepivano delle migliaja
pagliuzze argentine, che solcavano il campo

8° Vomito più o meno violento può preced

ma questo fenomeno manca soventi, oppure gli ammalati non provano che delle nausee;

9° Dopo la scomparsa di tutti i sintomi oculari, si vedono sopravvenire delle vertigini più o meno intense, che durano delle ore e delle intiere giornate;

10° Quasi sempre l'emiopia scintillante è seguita da un mal di capo che dura tutto il resto della giornata, sia in una metà, sia a tutta la testa;

11° Il globo dell'occhio è sovente solo indolenzito; è sensibile al tocco e l'ammalato prova un dolore sordo e sensibile al fondo dell'orbita. Al momento l'occhio è rosso e lagrimoso.

12° L'emiopia periodica si manifesta abitualmente a lunghi intervalli spesso una o due volte all'anno; in altri individui è molto più frequente e ritorna tutti i mesi o tutte le settimane; può anche occorrere due o tre volte alla settimana. In quest'ultimo caso avviene un intorbidamento di vista ed una specie di astenopia quasi permanente, che rende impossibile ogni sorta di occupazione;

13° L'emicrania dell'occhio si osserva sovente nelle persone affette da dispepsia, ma quest'ultimo sintoma non è costante e quando esiste, indica sempre la presenza della gotta, la quale predispone spessissimo all'emicrania;

14° L'emiopia periodica si osserva nelle donne incinte; ma dessa non è accompagnata da scintillamento e non è susseguita da mal di capo; spesso si osserva in queste femmine dei disturbi cerebrali, caratterizzati da una specie di afasia e disturbi intellettuali, che possono prolungarsi per una mezz'ora e più;

15° Dei disturbi cerebrali analoghi si possono osservare nell'emicrania dell'occhio, ma sono relativamente più rari e di più corta durata;

16° L'emicrania dell'occhio non presenta alcuna gravità e scompare da sè coll'influenza d'un regime tonico e fortificante. Il bromidrato di chinina ed il bromuro di canfora giovarono molto e rapidamente per la evoluzione dei sintomi.

L'uso dei preparati ferruginosi, delle doccie fredde e l'astensione dagli alimenti eccitanti come il caffè, i liquori, il vino bianco e le droghe d'ogni sorta possono agire efficacemente ad accelerare la guarigione di questa affezione.

The influence of the Uterus on Eye disease (*Influenza delle affezioni dell'utero sui disturbi visivi*); del dott. H. Swanzy. (*The Dublin journ.* e *Revue des Scienc. Med.*, juillet 1878).

Secondo l'Autore, esiste nelle giovinette una forma d'iritide, che si manifesta al momento della mestruazione e nei tre primi anni che seguono l'esordire di questa funzione. Queste ammalate sembrano d'altronde godere di perfetta salute e le loro funzioni uterine sono anche regolari, ma lo scolo menstruo è insufficiente.

In queste condizioni l'iritide è cosa frequente e sembra essere in

rapporto collo stato dell'utero per le seguenti ragioni: 1° l'infiammazione dell'iride è eccezionale a questa età (salvo che in seguito a sifilide od affezioni corneali); 2° ella manca del tutto nei giovani della stessa età.

Questa varietà d'iritide è costantemente identica a sè stessa; è poco dolorosa e non si caratterizza, che per una leggier vascolarizzazione dell'occhio e quasi nessuna fotofobia. La camera anteriore rimane chiara, ma avvi una certa tendenza alla formazione di sinecchie posteriori ed opacamenti del vitreo; trattasi quindi di iritide e di coroidite in pari tempo. È affezione lenta ne' suoi progressi, ma tenace e d'una crisi difficile; infine è soggetta a complicazioni come lo prova un' osservazione portata dall' Autore (coesistenza d'iridocoroidite, di nevrite ottica e d'emorragie retiniche dipendenti dalla stessa causa.

L'iritide non è la sola affezione oculare imputabile ai disturbi uterini; la retinite e la nevrite ottica possono prodursi nelle stesse circostanze ed a ciascuna epoca mestruale tutti i sintomi dell' affezione oculare si esacerbano. Infine le apoplessie retiniche coincidono molto frequentemente colla soppressione dei mestrui. (Liebreich, Sammelsohn).

D'altra parte i disturbi funzionali dell'occhio senza lesioni apprezzabili sono frequentemente legati a disordini uterini. Come la varietà d'astenopia alla quale si diede il nome di copiopia isterica. Gli ammalati che ne sono affetti sono incapace di leggere, scrivere, di fissare oggetti piccoli; dessi hanno fotofobia, dei dolori tensivi o lancinanti nel fondo dell'occhio; alcuni sopportano la luce, altri ne sono intolleranti; tuttavia non havvi nè iniezione del globo oculare, nè congestione delle palpebre, nè epifora. Ora tutti questi disturbi nervosi, secondo Freund di Breslavia sono legati ad una sorta di perimetrite cronica e ad altri varii disordini dell'utero, come gli spostamenti, metriti croniche, catarro uterino o vaginale, ulcerazioni del collo, ecc.

La cura in queste ultime forme deve essere sopratutto generale e locale per l'affezione uterina; i disordini visivi migliorano in pari tempo. In quanto all'iritide ed ai disturbi congestizj della prima varietà, essi portano l'indicazione di attivare il flusso mestruale, il che si ottiene coll'aloe e l' idroterapia, ecc.

Kidd segnalò un caso di fibroma uterino coincidente con un'affezione oculare e fece rimarcare, che durante la gravidanza e lo stato puerperale, la visione è sempre più delicata e più soggetta a turbamenti di quello che allo stato normale.

A Contribution to the study of subconjunctival serous Cysts. (*Contribuzione allo studio delle cisti sierose sottocongiuntivali*); del dottor C. Bull. (*American Journ.* o *Revue des Sciences Med.*, juillet 1878).

L'Autore riferisce cinque osservazioni di cisti sierose sottocongiuntivali, occorse nella sua pratica.

Le due prime sono relative a ragazzi da 4 ai 5 anni, nei quali il tumore incominciò ad apparire poco tempo dopo la nascita. Esso aveva

raggiunto il volume d'una noce o d'una mandorla. La congiuntiva aveva conservata tutta la sua mobilità al disopra del tumore.

Uno di questi ragazzi aveva in pari tempo una cattiva conformazione della conca dell'orecchio e non poteva percepire i suoni da questo lato.

Nel primo caso la cisti presentava qualche aderenza coll'orbita, ma si potè facilmente enuclearla dopo la puntura che diede esito ad un liquido citrino molto trasparente. Queste due cisti non avevano pareti distinte ed erano probabilmente congenite.

Nella terza osservazione si trattava di una cisti a contenuto torbido, sviluppatasi al davanti del sacco lagrimale e che non aveva alcuna comunicazione con esso, in una donna di 50 anni. L'enucleazione fu praticata molto facilmente; il volume del tumore sorpassava quello d'una grossa noce.

Le ultime due osservazioni riguardano la storia di una donna di 40 anni, e d'un ragazzo di 12 con una ciste sierosa della caruncola lagrimale. Questi sono casi rarissimi giacchè la caruncola essendo formata dall'agglomerazione di ghiandole pelose, per lo più sono cisti sebacee che vi si manifestano.

Amaurose complète d'un oeil causée par un périostite orbitaire consécutive a une extraction dentaire. (*Amaurosi completa d'un occhio causata da una periostite orbitale consecutiva ad una estrazione di dente*); del dottor SAMMELSOHN. (*Berlin. Klin. Wochen.*, e *Revue des Sciences Med.*, juillet 1878).

Si tratta di un uomo di 50 anni. Immediatamente dopo di essersi fatto estrarre un dente, provò un gonfiore considerevole di tutta la metà destra della faccia, sordità dell'orecchio corrispondente e violenti dolori di testa. Cinque giorni più tardi si sviluppò un'intensa esoftalmia con perdita della mobilità del globo oculare in basso ed all'interno e cecità completa dell'occhio destro. La pupilla da questo lato era moderatamente dilatata e non reagiva alla luce. L'esame ottalmoscopico non dimostrava anomalia di sorta.

Sammelsohn concluse per la compressione del nervo prodotta da un essudato purulento al livello del foro ottico, il che venne confermato in seguito essendo avvenuto lo scoloramento della papilla con integrità dei vasi centrali.

Blepharospasm ending in recovery. (*Blefarospasmo guarito radicalmente*); del dott. BUZZARD. (*Brit. med. Journ.*, e *Revue des Sciences Medical.*).

L'Autore cita un caso di blefarospasmo che s'esasperava nel moto e nella masticazione; venne guarito in seguito all'evacuazione di una certa quantità di cerume del condotto uditivo esterno. La presenza di questo cerume aveva provocata una nevralgia della branca auricolo-temporale del quinto pajo, nevralgia che aveva occasionato il blefarospasmo.

Lo jaborandi nella produzione della miosi e midriasi pupillare; del dott. S. Tonoli. (*Gazzetta Medica Ital. Lomb.*, 21 agosto 1878).

L'Autore fino dall'aprile 1875 aveva impreso a sperimentare l'azione dello jaborandi, che trovava incontestata e come scialagogo e come sudorifero e fu appunto allora che per la prima volta, si accorse anche dell'azione che il farmaco esercitava sull'apparato visivo per cui risolse di dirigere la sua attenzione su questo fatto di una certa importanza fisiologica.

Dalle otto osservazioni pubblicate dall'Autore risulta che su cinque di esse la miosi precedeva la midriasi, essendo la prima breve e fugace e la seconda durando un tempo relativamente lungo (fino 14 ore). In altre due osservazioni si ebbe midriasi ma non preceduta da miosi ed in una finalmente non si ebbe verun fenomeno pupillare.

Si domanda quindi quale sia l'azione dello jaborandi e su quali organi o sistemi si spieghi. Secondo Robin paralizzerebbe il simpatico e secondo Vulpian la paralisi avverrebbe sulle estremità ghiandolari delle fibre del simpatico, producendo come un rilassamento di quel freno moderatore che regola il lavoro secretorio delle ghiandole. Albertoni dice probabile ed in parte provato che la pilocarpina agisca tanto eccitando il nervo oculo-motore, come il gran simpatico.

L'Autore si domanda se dagli esperimenti fisiologici istituiti colla sezione e galvanizzazione del simpatico, sia lecito trarre delle conclusioni sul modo di agire del jaborandi?

In altri termini il jaborandi paralizza o stimola il gran simpatico? L'aumento della perspirazione cutanea, della salivazione, della lagrimazione, deporrebbero per la sua azione paralizzante (Vulpian, Robin); la miosi pronta e fugace, seguita poscia da midriasi duratura, depongono invece per un' azione eccitante il simpatico come l'oculo-motore comune. Infatti l'Albertoni esportando il ganglio superiore del gran simpatico, vide non prodursi più la midriasi per l'instillazione della pilocarpina ed il modo con cui oculo-motore comune e gran simpatico rispondono all'eccitamento, spiega ad evidenza i due fatti della costrizione e della dilatazione pupillare.

A spiegare poi come avvenga l'aumento della salivazione e della diaforesi, l'Autore ricorda che Bernard volendo spiegare il modo opposto con cui si comportano i nervi encefalici ed il gran simpatico rapporto ai vasi, ammise che in essi esistano delle fibre longitudinali dilatatrici innervate dai primi. Galvanizzando difatti il ramo timpanico-linguale del nervo facciale, il sangue ritorna più rutilante dalla vena sottomascellare e si aumenta la secrezione della saliva. Ricorda pure l'Autore la teoria della dilatazione attiva dei vasi, che se non è universalmente accettata dai fisiologi, conta dei valenti sostenitori, come Brown-Sequard, Legros, Goltz, ecc. Forse allora non ci sembreranno più contradditorj i fatti relativi alla perspirazione cutanea ed alla salivazione ed i fatti

relativi ai movimenti dell' iride. Ma a patto che non si parli più di azione paralizzante sul gran simpatico.

Lo jaborandi ecciterebbe il sistema cerebro-spinale ed il simpatico. Del resto l'Autore non pretende di aver detta l'ultima parola sull'azione del jaborandi, ma solo di porgere una spiegazione conforme ai dettami dalla moderna fisiologia.

Sulle operazioni di cataratta. Memoria letta all'Accademia di Medicina di Roma del prof. Businelli. (Roma, 1878).

L'Autore dà uno sguardo retrospettivo ai metodi principali che si contesero il campo nell'operazione in discorso e definisce innanzi tutto cosa debba intendersi per metodo, onde non avvenga (come accade sovente), che questa parola sia ritenuta come sinonimo di processo operativo.

Il metodo, secondo l'Autore, include un' idea fondamentale, un concetto ben definito risguardante lo scopo diretto, che colla operazione si vuole ottenere e sotto questo punto di vista, tre sono i metodi principali di operazione, l'abbassamento cioè o reclinazione, la discisione e l'estrazione che è il metodo più comunemente addottato per le cataratte dure dell'età matura.

Ciascuno di questi tre scopi diretti si può ottenere per diverse vie in diversi tempi, con incisioni di forma sede e grandezza diversa, con istromenti di varia forma e grandezza ed ognuno dei modi di eseguire un metodo, costituirà un processo operativo od una semplice modificazione d'un processo già usato da altri.

Quivi il Businelli passati in disamina i diversi metodi e processi operativi colle modificazioni introdotte, specialmente per l' estrazione, dichiara di trovarsi abbastanza soddisfatto del metodo classico dell'estrazione, in parte per gli esiti favorevoli avuti col detto metodo e in parte perchè prova una certa qual ripugnanza, parlando del metodo di Gräfe (che è quello addottato dalla pluralità degli oculisti), nel dovere esportare un lembo d' iride, per cui non è più dato di avere una pupilla centrale, circolare e mobile come la natura aveva disposto. Inoltre non soddisfa l'Autore l' idea di dover tener l'occhio fisso con una pinzetta dentata, l'incidere la congiuntiva e la sclerotica in tanta prossimità alla regione cigliare ed aprire forse il canale di Schlemm, lo scoprire un segmento della zonula, che per la sua tenuità può rompersi, specialmente nel 3° tempo dell'operazione, lasciando sfuggire del vitreo prima ancora che sia uscita la cataratta.

L'Autore pertanto, che per la sua posizione d' insegnante si credette sempre in dovere in ogni anno di praticare qualche operazione alla maniera di Gräfe, per suo conto si attenne come si disse al metodo classico antico, praticando però un lembo meno arcuato e meno alto, adottando un cheratotomo a lama alquanto più stretta di quello di Beer e Rosas. Si aggiunga che l'Autore non adopera il cloroformio od estende l' inci-

sione oltre i confini della cornea, facendo la puntura e contropuntura nel margine sclerale ad un millimetro circa dall'orlo della cornea e ciò per evitare l'inconveniente che una cataratta dura ed alquanto voluminosa, non potesse uscire della stretta apertura per cui si fosse costretti di ricorrere alla dilatazione della ferita col mezzo delle forbici.

Tranne quindi la forma del cheratotomo e la diversità del modo di fissare il bulbo, nel resto è simile a quello di Liebreich.

Circa all'apprezzamento dei varii metodi o processi ed alla loro applicabilità l'Autore venne alle seguenti conclusioni:

1.° Nella cataratta congenita parziale stratificata, stazionaria o zonulare, quando la porzione opacata della lente sia limitata ad un punto, non ritiene opportuno di ricorrere ad alcuna operazione. Quando invece la parte opacata abbia un' estensione uguale o poco maggiore del diametro ordinario della pupilla, si limita a praticare l' iridectomia utilizzando la porzione periferica ancor trasparente del cristallino e conservando all'occhio il potere accomodativo. Se invece l'opacità è totale, in allora pratica la discisione della capsula coll'ago falciforme del Rosas.

2.° Nella cataratta congenita totale, quando tutta la lente è convertita in un liquido lattiginoso, pratica la discisione combinata colla immediata estrazione servendosi o d'un ago falciforme piuttosto largo ovvero di un coltellino retto di Gräfe. Basta infatti penetrare collo strumento attraverso alla cornea nella camera anteriore e ferire la capsula e ritirarlo poi lentamente, in modo da premere contro il labbro periferico della strettissima ferita corneale, perchè si vuoti l'umor acqueo ed insieme con esso il liquido torbido in cui erasi convertita tutta la sostanza lenticolare. La pupilla diventa immediatamente nera e la guarigione è rapidissima.

Se la cataratta congenita non è liquida, ma molle, l'Autore fa l'estrazione lineare semplice col cheratotomo di Beer. Lo stesso processo poi è adottato per le cataratte traumatiche dei soggetti giovani, quando si ha la certezza che non esiste nucleo duro.

L'estrazione lineare semplice viene pure eseguita nei casi di cataratta atrofica o raggrinzata o arido-siliquata usando in luogo del cucchiaio di una pinzetta a denti per afferrare ed estrarre in tutto od almeno in parte la capsula, che il più delle volte è incrostata di sali calcarei o di callosità epiteliali opache.

3.° In tutti i casi poi di cataratta senili nucleate, l'Autore addotta per regola generale l'estrazione a lembo inferiore, con questa distinzione che nelle cataratte interamente solide, di colore giallognolo intenso lentamente maturatesi in persone vecchie o decrepite, fa il taglio a lembo colla base nel diametro orizzontale della cornea e d'una altezza da 3 a 4 millimetri. Negli altri casi di cataratte senili aventi bensì un nucleo duro, ma ricoperto da sostanza corticale molle, pratica per regola il taglio a piccolo lembo sclero-corneale per lo più inferiore, ma talvolta

anche superiore, quando i globi sono assai prominenti, in altri termini pratica l'estrazione col processo di Liebreich.

Vi sono poi dei casi di cataratte senili dure in cui l'Autore, invece dell'estrazione ebbe ricorso alla reclinazione e ciò in via affatto eccezionale, in quelle persone nelle quali per esperienza si sa che la più leggier ferita dà luogo ad inevitabile suppurazione, negli individui nervosi, indocili, poco ragionevoli, che non possono o non vogliono tenere una fasciatura, o che soffrono di convulsioni, di vizj, di cuore, o di tosse ostinata e non possono rimanere coricati tranquilli a letto. Infine in quegli occhi enormemente infossati entro le orbite, od aventi deformità, come fimosi palpebrale, idrottalmia, ecc., in cui l'estrazione della cataratta è addirittura impossibile, ovvero estremamente pericolosa.

Ulcus primarium syphiliticum des Lides. (*Ulcero primario sifilitico della palpebra*); del dott. Lubinsky. (*Klinisch. Monatsb.*, aprile 1878).

Nel giorno 5 febbraio di quest'anno venne accolto nel comparto Ottalmico dell'Ospitale di Marina in Kronstadt un giovane marinajo di 30 anni, con una piccola ulcera della palpebra superiore sinistra nelle vicinanze della commissura esterna, e coperta da uno strato di essudato quasi difterico. L'ammalato negava asseverantemente la possibilità d'infezione venerea.

I fenomeni inflammatorj da parte della congiuntiva, che accompagnavano l'ulcera, diminuirono abbastanza prontamente, malgrado il progressivo sviluppo dell'ulcera. Questa presentava i seguenti caratteri: la sua forma era regolarmente ovale circolare e coperta da essudato difterico, poco rilevata, non presentava rimarchevole linea di demarcazione infiammatoria, si estendeva specialmente verso l'interno, abbracciando l'orlo inferiore della palpebra, che mostravasi sprovvisto di ciglia; poca dolorabilità.

Dopo una dimora dell'ammalato di due settimane nell'ospitale l'ulcera il cui diametro per lo lungo comprendeva 2|3 della palpebra superiore raggiunse il massimo di estensione. In questo tempo dopo l'uso energico di una soluzione di sublimato in forma di compresse e ripetute pennellature colla glicerina, incominciò la crosta a di staccarsi in parte ed apparire il fondo dell'ulcera con una bella tinta chiaro-rosacea e piana.

Dopo la degenza di 27 giorni nell'ospitale e dopo che l'ulcera si era quasi in totalità coperta di tessuto cicatriziale e mostrava una certa durezza caratteristica cartilaginea, si presentarono tumori ghiandolari ai contorni dell'orecchio al davanti ed al didietro dello stesso.

In seguito si manifestò una caratteristica roseola sifilitica al petto, al collo, al dorso con adeniti indolenti al collo ed agli inguini con sintomi febbrili.

L'esame degli organi genitali che a tutta prima diede un risultato negativo, mostrò al glande e sul pene alcune papule disseminate sifilitiche.

L'Autore credette di riferire il caso, per l'importanza che presenta

tanto per la difficoltà della diagnosi, quanto
patologica, essendone registrati finora solo
ottalmologica, almeno per quanto è noto al

Ein Glaukomfall mit daurendes Heilung der Linse. (*Guarigione persistente di un gla tanea lussazione della lente*); del dott. Lub

Il giorno 10 marzo venne accolto nel co di 74 anni, P. Andrejanoff, sarto, fisicamente intelligenza. D'esso raccontava che da circa dell'occhio sinistro a poco a poco, si faceva standosi altresì ad intervalli un senso di pr mente poi si manifestarono in detto occhio che durante la notte si facevano insopport questi giorni ebbe a soffrirne fortemente.

Alla pressione il bulbo sinistro si sentiva del tutto anestesica, la camera anteriore ris namento dell'iride alla superficie interna d tata, alcuni vasi della sclerotica dilatati e s l'esame ottalmoscopico in causa dell'opacità

Un ulteriore esame venne protratto al si avvertiva l'ammalato essere necessaria ed l'infermo si mostrava contrario. Ma il gior gica aveva assunto un carattere così mite d riluttanza dell'ammalato per l'operazione.

Nella notte si manifestarono i soliti dolo cessarono interamente per cui l'ammalat l'esame dell'occhio si riscontrò che la ca molto più ampia, l'iride tremolante sotto i ultimo aveva la sua normale consistenza. vide una lussazione della lente il di cui orl un orlo pieghettato elegantemente, si era s sotto l'orlo superiore della pupilla. Questo discretamente largo, ricopriva la superfic aveva un orlo esterno talmente inspessito alcun dubbio trattarsi della zonula dello Zin aderenza.

I risultati ottenuti dall'esame della facol

17 marzo a destra M. $\frac{1}{20}$ S. $\frac{20}{20}$ a si

22 marzo a sinistra M. $\frac{1}{4}$ S. $\frac{20}{70}$

24 marzo a sinistra M. $\frac{1}{4}$ S. $\frac{20}{50}$

In questi esperimenti l'ammalato piegava il capo in diverse direzioni, stringeva le palpebre fra di loro ed incominciava a poter leggere allora soltanto, che colla palpebra superiore aveva coperta la parte superiore della pupilla, per vedere colla parte inferiore di essa, nella quale si trovava la lente lussata ancora trasparente.

Non avvi dubbio quindi, che in seguito della lussazione spontanea della lente, ne risultò una forte miopia all'occhio sinistro, veresimilmente in luogo dell'ipermetropia, per quanto lo si può argomentare dallo stato di refrazione dell'occhio destro.

Importava ora all'Autore di conoscere per quanto si sarebbero mantenuti i bei risultati ottenuti. Solo nell'aprile di quest'anno gli venne fatto di scoprire il suo ammalato, il quale dopo la sua escita dal comparto non si era più fatto vedere, che giaceva in un comparto medico per leggiera affezione di petto.

A detta del paziente il miglioramento nella facoltà visiva si mantenne circa un mese, dopo incominciò a poco a poco a diminuire, però senza dolori.

Ripetuti esperimenti per esplorare il grado visivo, diedero con meraviglia anche dell'ammalato che il risultato era non più di S. $= \frac{20}{50}$, come dapprima, ma invece $= \frac{20}{40}$, solo ora non più con vetro concavo, ma bensì con una lente convessa $\frac{1}{3\ 1/2}$. A destra lo stato della facoltà visiva era invariato. Il motivo di questo cambiamento consisteva in ciò che la lente si era opacata ed abbassata di maniera che l'ammalato attraverso il segmento superiore della pupilla vedeva allo stesso modo, come avviene abitualmente nell'afachia. Gli altri fenomeni corrispondevano in tutto ad un tal stato della facoltà visiva. L'occhio si sentiva al tatto di consistenza normale solo talvolta sembrava un poco più duro dell'altro, quantunque ciò non avesse influenza di sorta sulla vista. La cornea presentava la sua normale sensibilità, i mezzi rifrangenti si erano quasi del tutto rischiarati. Non si poteva riscontrare una manifesta escavazione glaucomatosa della papilla, però alcuni vasi mostravano variato il loro volume sull'orlo di quella, nel mentre che la papilla stessa presentava una tinta griggia caratteristica.

Ueber nasse Salicylverbände. (*Sulle fasciature bagnate coll'acido salicilico*); del prof. Horner. (*Klinische Monatsb.*, juli 1878).

L'Autore già da parecchi anni si era occupato nello studio della medicazione antisettica.

L'uso dell'acido fenico sull'occhio venne ben presto abbandonato avendo l'Autore osservato che lo *spray* carbolico poteva essere pericoloso per la cornea.

I suoi ulteriori esperimenti si indirizzarono su di una soluzione satura a freddo di acido salicilico nella proporzione di 1 : 300.

La sua fasciatura nelle operazioni plastiche, estirpazioni del bulbo, ec dopo uno scrupoloso ripulimento dei contorni dell'occhio con una sol zione di acido salicilico, vien praticata nel modo seguente. Nel cam operatorio e rispettivamente nell'orbita, si collocano delle pezzuole tessuto idrofilo da fasciatura e sopra di questa si applica del coto impregnato di una soluzione d'acido salicilico fino al completo riemp mento dell'orbita. Ad assicurare il tutto serve una benda di Calicot. fasciatura che può essere tenuta in sito da 3 fino a 4 giorni, viene co tinuamente tenuta umida irrorandola ogni 4 ore con un po' di liqu antisettico.

Secondo gli esperimenti dell'Autore la fasciatura umettata coll'ac salicilico, è sopportata bene nelle estrazioni di cataratta e giova decorso della cura, tuttavia crede che dacchè conobbe la fasciatura rica, secondo Lister, questa abbia per l'avvenire a costituire il v trattamento antisettico in oculistica. Le sue esperienze lo convins che in ogni modo le soluzioni d'acido borico, sono ottimamente toller dalla cornea.

Da ultimo l'Autore ascrive una grande virtù alle fasciature um all'acido salicilico in un gran numero di ulceri traumatiche suppura della cornea (*ulcus serpens*), nelle blennorree del sacco lagrimale e ne congiuntivite acute eczematose.

Ophthalmoscope a refraction. (*Ottalmoscopio a refrazione*); del dot Gillet de Grandmont. (*Analectus Ophthalmol. Annales d'Oculistiq* juillet-aout 1878).

Questo strumento è destinato a facilitare la determinazione de refrazione oculare. Si compone di uno specchio piano di forma retta golare che presenta una serie di piccoli orifizj dietro ai quali, per me d'un meccanismo facile si viene presentando successivamente la se delle lenti metriche convesse e concave.

Ha per iscopo di rimpiazzare con un movimento rettilineo rapi simo, il movimento di rotazione, sempre più o meno lungo col me del quale cogli altri ottalmoscopi si fanno comparire le lenti corretti dell'ametropia. La prontezza colla quale si cangia l'oculare, perm il confronto fra le diverse immagini del fondo oculare e facilita pe la determinazione della refrazione.

Trovasi inoltre munito di uno specchio concavo per le altre ricer ottalmoscopiche.

Die antiseptische Wundbehandlung bei Cataract-Extractionen. (*dicazione antisettica nelle estrazioni di cataratta*); del prof. Alf. Gra (*Archiv. f. Ophth.* 24 B. Obt. 1).

Allontanate tutte le complicazioni morbose che per la loro nat potrebbero essere fornite di prodotti settici (come malattie infiamma rie dell'apparato lagrimale; della congiuntiva e simili), l'Autore il gio antecedente all'operazione instilla nell'occhio una goccia di soluzione tropina 1 per 100 ed un momento prima dell'operazione lava l'occ

accuratamente con una soluzione di acido carbolico al 2 per 100, senza però allagare il sacco congiuntivale col detto liquido. In pari tempo allo stesso modo vengono ripulite le palpebre esternamente e tutta la regione orbitale e chiuso l'occhio gli viene sovrapposta una spugna inzuppata collo stesso liquido fino all' incominciare dell' operazione.

Gli istromenti, come in tutte le operazioni sono previamente inumiditi nell'alcool assoluto ed asciugati con un sottile pannolino.

Durante la stessa operazione, nel ripulimento del sacco congiuntivale, nel prosciugamento del sangue, come nel pulire i contorni dell'occhio si adopera sempre una fina spugna inzuppata nella soluzione carbolica. Finita l' operazione e ripulito diligentemente l' occhio dai coaguli, lo si lava nuovamente colla spugna inzuppata nella soluzione carbolica, applicando in pari tempo una o due volte una goccia d'atropina. Nel momento in cui si toglie la spugna dall'occhio, questo viene ricoperto da un pezzetto di *Lint* borico alla Lister, che aderisce equabilmente a tutta la regione orbitale; il quale viene previamente inzuppato in una soluzione satura di acido borico al 4 per 100 ed al dissopra di questo si distende uno strato di finissimo taffetà inglese, anch'esso impregnato di soluzione borica, il quale sopravvanzi di un millimetro in tutti i sensi la prima copertura. Dopociò si applica un cuscinetto di cotone da ferite il quale viene tenuto in sito con una benda di flanella ad amendue gli occhi.

Di regola la fasciatura nei primi tre giorni viene rinnovata ogni 24 ore. Allorquando si cambia la fasciatura, si deve immediatamente applicare la spugna inzuppata d'acido carbolico sull'occhio chiuso in modo che lo stesso nemmeno per un momento possa essere in contatto cogli elementi settici sospesi nell'aria. Fino al 7.° o 8.° giorno questo processo viene usato in tutti i casi, senza mai aver ricorso all' acqua per pulire le parti. L'uso dell'atropina lo si incomincia al 7.° giorno.

BIBLIOGRAFIA

De la vaccination. Etudes du dott. Louis Parola avec la collaboration du dott. Joseph Parola (fils). Due vol in 8°, Torino 1877.

L' Accademia Imperiale di medicina di Pietroburgo, propose un premio di 3000 rubli per la miglior Memoria sul quesito seguente:

« *Indicare i migliori mezzi per prevenire il ritorno delle epidemie di vajuolo e della mortalità che ne consegue, e porgere nello stesso*

tempo una descrizione dei diversi metodi di inoculazione preventiva, aggiungendovi un esame critico della loro efficacia. »

I dottori Parola risposero a questo concorso, presentando il lavoro che abbiamo annunciato, scritto in lingua francese; e ci è caro soggiungere che quell'Accademia lo riteneva degno di una menzione onorevole. Manca nei due volumi accennati la *Relazione* dell'Accademia di Pietroburgo circa il valore scientifico dell'opera. Non possiamo quindi conoscere i criterj seguiti nel non conferire il premio e nel decretare una *menzione onorevole*: ma questa è già per sè stessa dimostra che se dagli autori non si rispose a tutti i desiderj dell'Accademia accennata, v'ha però nel lavoro dei dottori Parola un reale merito intrinseco. A nostro avviso se vi si può muovere qualche appunto, questo sta nel metodo un po' troppo narrativo, non sempre accompagnato da uno spirito di critica imparziale. Ad esempio quando gli autori si propongono di dimostrare che la vita media dell'uomo si è aumentata dopo la introduzione della vaccinazione, e s'è pure accresciuta la popolazione, c'è l'errore di voler considerare esclusivamente come causa di miglioramento sociale la vaccinazione, mentre si trascurano non pochi elementi, quali la maggior nettezza, la miglior alimentazione, le migliori abitazioni, insomma l'osservanza più esatta di tutta l'igiene pubblica e privata. Son tutti questi fattori di prosperità sociale che assieme alla vaccinazione avranno contribuito ad ottenere vita più lunga, popolazione più densa; sarebbe quindi ingiustizia il volerli sopraffare della sola influenza della vaccinazione. Così pure dobbiamo notare che se si sono messi in bella luce i principali lavori italiani e francesi sull'argomento, la letteratura scientifica tedesca non l'ebbe sufficiente parte, ed in un lavoro d'indole storica questa parzialità delle fonti interrogate nuoce non poco. Così avremmo bramato che i dati statistici, di cui gli autori rafforzano le loro tesi, fossero più recenti e per essi d'indole più estesa, non limitati soltanto all'Italia ed alla Francia. Nè vogliamo dissimularci come in questo lavoro manchi ogni applicazione alle condizioni della Russia, come si esigeva dal programma del concorso. Ciò nondimeno a noi sembra che questo lavoro non debba esser compreso con le tante compilazioni che allagano, senza arrecare alcuna idea nuova, il campo medico.

L'indole di quest'opera non ci permette di darne un sunto particolareggiato; noi ci dobbiamo limitare ad accennare quasi in via d'ordine i punti essenziali, consigliandone vivamente la lettura a tutti i medici, ma di preferenza a coloro che si occupano d'igiene pubblica. Se non foss' altro, questa lettura avrebbe il vantaggio di far apprendere quanto gli italiani siensi distinti nel promuovere e nel migliorare la vaccinazione.

Per ciò che riguarda la storia del vajuolo, gli autori ne hanno dimostrato l'antichità comune in ciò con un gran numero di malattie contagiose dell'India. Ne seguirono il graduale distendersi fino a che

desso si andò sviluppando fra noi. Per dimostrare l'efficacia profilattica del vaccino, gli autori parlarono delle principali epidemie di vajuolo in un capitolo speciale intitolato: *Dell' influenza protettrice del vaccino*; in questo capitolo (pel quale avrebbero potuto assai giovarsi degli *Annali delle epidemie in Italia* del prof. Corradi) sono esposte cifre ben desolanti di epidemie vajuolose occorse prima di Jenner. E non solo gli autori notarono che man mano il vaccino si andava diffondendo nelle popolazioni, le epidemie vajuolose divenivano sempre più rare e meno crudeli, fino la punto da sparire in alcune regioni; ma cercarono ancora perchè in certe regioni il vajuolo è più frequente e fa maggiori stragi, non rispettando neppur quelli che furono già premuniti dal vaccino. Essi ne trovarono la causa nel clima e nella costituzione atmosferica, condizioni che possono rendere l'organismo incapace a resistere ai contagi. Essi dimostrarono pure che sempre ed ovunque si praticò la vaccinazione e la rivaccinazione, le epidemie furono presto deviate; da cui emerse il potere profilattico del vaccino. Coi dati statistici essi ricercarono l'età in cui i casi di vajuolo cominciano a manifestarsi nei vaccinati, e l'età che vi sono più esposte, e ne indussero che al più il vajuolo ha di solito sui vaccinati delle forme benigne ed un carattere modificato tanto che il vajuolo diventa vajuoloide; nella resistenza maggiore o minore al vajuolo dopo il vaccino trovano gli autori l'effetto delle predisposizioni individuali. Esaminato poscia l'analogia del vajuolo umano con quello dei bruti e trovarono la perfetta corrispondenza. Ma tutti questi effetti del vaccino nell'antichità erano ben limitate; la vera applicazione igienica di questo data da Jenner, della cui scoperta diedero gli Autori amplissime notizie ed illustrazioni.

Esaminati quindi i regolamenti vaccinici in vigore nei varj paesi, gli autori proposero come frutto della loro esperienza quelle misure che devono rendere più generale la pratica della vaccinazione, insistendo particolarmente sulla necessità delle vaccinazioni obbligatorie, base fondamentale d'ogni buona legge vaccinica. E per facilitare in questo campo l'azione del governo, gli autori sono d'avviso di ristabilire le *giunte vaccinatrici*. E su questi due principj gli autori porsero uno schema di un regolamento pella vaccinazione.

Circa ai due quesiti seguenti: *È dimostrato che la vaccinazione presenta un mezzo preventivo sicuro contro il contagio vajuolico? Merita considerazione l'opinione emessa da taluni medici che l'introduzione della vaccinazione possa propagare altre malattie epidemiche?* gli autori risposero affermativamente alla prima, dimostrando l'influenza della vaccinazione nelle epidemie, ed appoggiandosi alle statistiche di Lettson, Vacher, Parga e Simon da cui risulta che la mortalità cagionata dal vajuolo è oggi di molto inferiore a quella dei tempi passati. Circa alla seconda domanda, gli autori ne dimostrarono la insussistenza, cioè misero in luce che dopo la introduzione della vaccinazione e per causa sua non è punto vero che la febbre tifoidea, il colera, le vajuo-

influenze cosmico-telluriche. Si notò pure in diverse epidemie una maggiore mortalità progressiva dai 15 ai 30 anni, come lo hanno provato le statistiche delle epidemie di Verona e quelle di Toscana (1873) e di Orsi (1870). Quindi gli autori descritto il corso normale ed anormale del vaccino, dimostrarono l'infezione generale conseguire alla vaccinaziono. Dopo aver pure descritto i caratteri obbiettivi della linfa vaccinica, ed averne dato l'analisi chimica e microscopica, gli autori dovettero concludere che il principio cui detta linfa deve la sua azione virulenta è ancora ignoto. Per ciò che riguarda l'eventuale trasmissione di germi morbosi per mezzo della vaccinazione, gli autori di preferenza restringendosi alla sifilide, osservano che tale trasmissione non deve importarsi, alla linfa vaccinica per sè, quanto alla mescolanza di sangue od a qualche altro inconveniente; ed aggiungono che osservando quelle cautele da essi minuziosamente additate, non si avrà più a deplorare accidenti di tale sorta. Circa la tecnica da seguirsi nella vaccinazione, gli autori dopo di aver descritto la morfologia degli agenti che alterano la linfa vaccinica, suggeriscono i mezzi principali per sottrarla all'azione dei due suoi principali nemici, l'aria ed il calore. Sembra infatti che la linfa raccolta in tempo opportuno nei tubi possa conservarsi efficace per molto tempo ed esser trasportata senza inconveniente da un paese all' altro. Circa la vaccinazione animale gli autori non ne sono troppo entusiasti, non senza però averne fatto campeggiare i vantaggi. Circa il modo migliore per diffondere la vaccinazione, gli autori si mostrano partigiani della obbligatorietà della vaccinazione, mentre però non si sono dichiarati nello stesso modo circa la rivaccinazione; questo loro non sembra di un valore assoluto e l'obbligatorietà sua sarebbe d'altronde ben difficile a conseguirsi. Essi però consigliano la rivaccinazione durante le epidemie, e pensando alla somma utilità della profilassi vaccinica, gli autori propongono la fondazione di speciali stabilimenti per procurare la buona linfa e propagare la vaccinazione. TAMASSIA.

VARIETÀ

Congressi Medici in Pisa. — Nel precedente fascicolo fu dato conto delle adunanze di uno dei Congressi medici tenuti nello scorso settembre in Pisa, di quelle cioè dell'*Associazione medica nazionale*, ora delle altre dell'*Associazione de'medici condotti*: per essa era il V Congresso, e per la prima l'VIII. Questa volta ancora ci gioviamo delle informazioni fornite dallo *Sperimentale* nel quaderno del novembre.

Seduta delle 2 pom.

Presidenza Ballori.

Si dà lettura di un telegramma inviato dal prof. Castiglioni per lo interesse dimostrato per lui dai colleghi; egli dice che entra adesso in convalescenza.

A far parte della Commissione per l'esame dei temi *extra-ordinem* sono nominati il prof. Madruzza, i dottori Pini e Franzolini.

Si apre la discussione sulla interpretazione dello Statuto se per durata quinquennale del Consiglio superiore debbasi intendere per 5 anni o se debba rimanersi alla fine del 4.° anno.

Sorge vivissima discussione, dopo la quale è approvato a grande maggioranza il seguente ordine del giorno: « Il Congresso intende che il rinnovamento del Consiglio superiore debba farsi al principio del 5.° anno, ossia dopo compiuto il 4.° »

Essendosi sospesa la discussione per la ricerca di documenti viene data la parola al prof. Scalzi che riferisce sul tema da esso proposto, *della opportunità di una lega fra i medici direttori di tutti gli ospedali e istituti caritativi pubblici o privati per intendersi sulle cose di sanità ad essi relative.*

Dopo lunga discussione, interessante specialmente la pubblica sanità, ed alla quale prendono parte moltissimi degli adunati, viene approvato a grande maggioranza il seguente ordine del giorno del professor Scalzi stesso.

« Il Congresso dà un voto di approvazione al progetto di nomina di un Comitato permanente per raggiungere una associazione nazionale dei direttori sanitari ed amministrativi degli ospedali e istituti caritativi italiani. »

Seduta delle 8 pom.

Si apre la discussione dell'ordine del giorno del dott. Casati sulla necessità di sospendere per un anno l'azione dello Statuto e del Regolamento sociale, nominando una Commissione d'inchiesta munita di pieni poteri e funzionante come Reggenza per un anno, allo scopo d'indagare le cause di decadenza dell'Associazione e studiare i mezzi opportuni per farla rifiorire, sempre che i risultati dell'inchiesta assicurino la sua vitalità. Dopo vivacissima e lunga discussione generale viene approvato l'ordine del giorno De-Cristoforis, cui si è associato il Casati ed altri, il quale afferma la necessità di *nominare questa Reggenza composta di tre membri risiedenti in Roma, che attenendosi alle disposizioni dello Statuto, provveda agli interessi sociali per l'anno 1878-79 e riferisca al prossimo Congresso del 1879.* Con questo vengono annullate le altre mozioni e il paragrafo 13.° dell'ordine del

giorno relativo alla nomina del nuovo Consiglio Superiore, che avrebbe dovuto aver luogo nel 4.° giorno del Congresso.

La seduta meridiana del 24 settembre fu sospesa.

Seduta delle 9 pom.

Aperta la seduta al banco della presidenza, viene presentata una mozione firmata da 25 delegati di Commissioni provinciali rappresentanti oltre 500 soci, colla quale si chiedeva venisse modificato l'ordine del giorno De-Cristoforis, là ove designava precettivamente che la nomina dei tre membri della Reggenza dovesse cadere sopra tre colleghi residenti in Roma. Questa mozione si appoggiava sulla grandissima difficoltà di trovare in Roma i tre Commissarii che convenissero cogli interessi di tutta l'associazione e che godessero piena fiducia pei servizj resi e per le prove date di saldo affetto al sodalizio. In una parola si chiedeva la libertà di scegliere i membri della Reggenza in qualunque punto del regno, nessuna città esclusa, purchè godessero fiducia piena dei congregati. Questa mozione venne vivamente combattuta dal Pacchiotti, che era uno dei firmatarj dell'ordine del giorno De-Cristoforis. L'assemblea però, ad unanimità quasi, sancì la libertà piena di elezione. Proceduto si infine alla votazione per schede segrete, la *Commissione d'inchiesta reggente l'Associazione per un anno, colla guida dello Statuto*, riescì così composta:

Dott. Casati Luigi, di Forlì — Prof. Berruti Giuseppe, di Torino — Dott. Leoni Ottavio, di Roma.

25 settembre. — A mezzogiorno

Adunanza generale delle due Associazioni riunite.

Seduta delle 2 pom.

Presidenza Ballori.

È all'ordine del giorno il tema:

Proposte di modificazioni al progetto del Codice sanitario approvato dal Senato del Regno, presentate dalla Commissione pisana preparatrice del Congresso: — *Relatore*, dott. D. Barduzzi, che riferisce sulle proposte suddette.

Il dott Leoni di Roma dà lettura di una relazione per proporre la creazione di un Ministero di Sanità.

Il dott. Barduzzi si oppone per le grandi difficoltà dell'attuazione. Egli crede che la creazione di un Uffizio centrale di Sanità presso il Ministero dell'Interno diretto da notabilità mediche sia il mezzo più semplice, più efficace e più pronto per vedere tolta una volta dalle mani di un Capo Sezione l'amministrazione dei gravi problemi della salute pubblica.

Il dott. Leoni ritira allora la sua psoposta e
Barduzzi all'ordine del giorno proposto dal dott.
seguente:

« Il V Congresso dei medici condotti, ment
utile e necessaria la istituzione di un Minister
limita a domandare un Ufficio tecnico speciale

Il Relatore dott. Barduzzi propone pure cl
l'Ufficio centrale di sanità sia per diritto mem
riore di sanità del Regno.

L'adunanza approva la suddetta proposta.

Propone inoltre che l'Ufficio sanitario prov
medico come nel progetto di Codice fu stabili
sue attribuzioni: il servizio ordinario di tutela
sorveglianza del Prefetto; l'ispezione nei comu
materie sanitarie a richiesta delle autorità,
l'esame delle statistiche comunali; i migliora
vizio medico e farmaceutico; e la comunicazi
informativa coi medici condotti.

Il medico Capo di questo Ufficio dovrebbe
tario del Consiglio sanitario provinciale.

Sono approvate ad unanimità tali proposte.

Inoltre, dopo breve discussione si approvar
necessario che i comuni di 1.ª e 2.ª categoria
non l'abbiano, un ufficio tecnico sanitario che
e con uniformi metodi con gli altri e con l'uf
del regno; che i comuni di 3.ª categoria incar
vizio uno dei medici condotti con speciale ret
del segretario comunale; e che nei comuni ru
avesse obbligo per legge d'informare il sindac
guarda la pubblica salute.

Viene approvata ancora l'altra proposta de
raccomandare alla Camera dei Deputati che i
considerati in materia sanitaria come ufficial
legge dopo un triennio sieno dichiarati inamo
ferma debba essere approvata dal consiglio sa

Sulla proposta del relatore Barduzzi appro
il voto che la Camera dei Deputati modifichi
progetto del Codice sanitario nel senso che la
pubblicata insieme al Codice sanitario e non
chè è vergognoso il vedere in nostro confront
d'Europa non solo hanno da molto tempo la
commentari preziosi, ma che inoltre lo stesso
possedeva una propria, che ora fa bella mostr
medica.

Il relatore fa notare che il Consiglio super

per togliere gli indugi, e riparare a questa grave mancanza, ha pubblicato una Farmacopea speciale.

Si applaudiscono dai convenuti le suddette proposte ed osservazioni.

Viene approvato dopo breve discussione col dott. Berruti, che nella Farmacopea ufficiale sieno distinte le sostanze indispensabili a tutte le farmacie da quelle di non assoluta necessità.

Il relatore, mentre loda altamente l'aggiunta del Senato al Codice, dell'obbligo della vaccinazione, desidererebbe che tale obbligo non fosse ristretto al primo anno di età, ma dovesse estendersi fino al terzo, come pure crederebbe utilissima rendere obbligatoria la vaccinazione.

Il Congresso applaude.

Sul capitolo 4.° del Codice suddetto esterna parere che venga aggiunto un articolo già formulato dal prof. Castiglioni, che sia fatto obbligo ai medici condotti di riferire riservatamente sui casi di sifilide di gettatelli e di nutrici per impedire la propagazione delle malattie ad intiere famiglie ed anche ad intieri comuni.

Dopo alcune osservazioni dei professori Macari di Modena, e Berruti, si approva la proposta suddetta.

Finalmente nel capitolo V che tratta delle prostitute vorrebbe il relatore che alle visite stabilite per ogni settimana in tempi ordinarj ne fosse aggiunta una per settimana a giorno non fisso per meglio impedire la diffusione dei morbi venerei.

Approvasi ad unanimità.

A questa seduta nella quale trattavansi 'argomenti di grande importanza, assisteva uno sceltissimo uditorio.

Seduta delle 8 pom.

Il prof. Berruti riferisce sull'***andamento del collegio degli orfani dei medici italiani***. Dal resoconto risulta che l'opera non ristette nell'anno decorso, ma fece pochi passi; che il concorso fu limitato a poche provincie; che il capitale raccolto è lontanissimo ancora da quanto sarebbe necessario per realizzare il concetto del Basati; che le somme versate al tesoriere di Torino oltrepassano di poco le 12,000 lire; che il Comitato direttivo ha poche speranze di vederle, con nuovi appelli, aumentate; che perciò rimette il mandato dell' Associazione, manifestando il desiderio che altra grande città ritenti la prova nella fiducia di riuscire. Il relatore infine propone la costituzione di varj comitati provinciali e la pronta istituzione di alcune borse ai più bisognosi fra gli orfani di medici italiani. Il Congresso, nell'approvare ed applaudire l'operato del Comitato direttivo torinese, accetta a grande maggioranza l'ordine del giorno Casati che propone Milano come sede del futuro Comitato direttivo e la istituziono di due borse che saranno, dietro

i poveri a consiglieri comunali e provinciali; ed al seguito di lunga ed animata discussione alla quale prende parte attivissima il prof. Berruti di Torino, si approvano due ordini del giorno:

1° Del prof. Berruti. « Il Congresso nazionale dei medici condotti fa voti ardentissimi presso il Governo perchè i medici condotti, non a tutta cura, sieno considerati come eligibili a consiglieri comunali e provinciali. »

2° Del dott. Casciani di Monsummano: « Il V Congresso, desiderando che la eligibilità a consigliere comunale e provinciale dei medici condotti, a condotta residenziale, abbia la sanzione della legge, delibera di fare vivissime premure affichè tutti i medici del Regno si occupino presso il deputato del rispettivo collegio, onde difenda tale proposta nella legislatura, quando si discuterà la legge provinciale e comunale. »

Vengono poi proposti ed approvati ringraziamenti al Sindaco di Pisa, alla Commissione preparatrice pisana, ed al prof. Castiglioni.

Il relatore Barduzzi, legge una erudita e bellissima memoria sull'importantissimo argomento: « I periti medici avanti le Corti d'Assise, » dimostrando: 1° La necessità della abolizione della denunzia obbligatoria e della perizia, per il buon andamento della giustizia e per tutelare la dignità del medico. 2°. L'utilità della giuria suppletoria, secondo anche le proposte del Senat. Carrara. 3° La necessità dell'istituzione dei periti medici governativi, muniti di speciale diploma, e della istituzione del supremo magistrato medico come arbitrato nelle controversie.

In seguito ad una interessantissima discussione alla quale presero parte il cav. dott. Turri di Ferrara, il Relatore ed il prof. Berruti, venne approvato il seguente ordine del giorno, presentato dal Relatore stesso:

« Il V Congresso dei medici condotti riuniti nella patria di Carmignani fa nuovi voti al Governo del Re, al Senato ed alla Camera dei deputati, affinchè sia abolita la denunzia e le perizie obbligatorie e sieno istituiti i periti medici giudiziari presso i tribunali, la giuria suppletoria, ed il supremo magistrato medico, per tutelare la giustizia e la dignità dei sanitari nelle questioni medico-legali. »

Il Presidente Ballori riassume con molta chiarezza ed ordine tutti i lavori del Congresso, scusandosi se non ha potuto in modo migliore corrispondere all'aspettazione dell'assemblea.

L'assemblea applaude ripetutamente il dott. Ballori.

Dopo di che il Congresso dell'Associazione dei medici condotti è dichiarato sciolto.

Il consumo dello zucchero. — Attualmente, in Francia, scrive il *Journal des Débats*, il consumo annuo dello zucchero è di 336 milioni di chilogrammi. Tale consumo va progressivamente aumentando,

in media, di 50 milioni di chilogrammi ogni l
pia che nel 1700, vale a dire 178 anni fa, l'a
detta droga in Francia non superava un mi
troverà abbastanza ingente l'attuale consum
grammi.

Lo zucchero che due secoli sono era un ar
ventato una derrata necessaria. Nel 1700 lo
mente alle preparazioni farmaceutiche, e gli
devano a caro prezzo, perchè era raro, e que
diante i processi primitivi della fabbricazio
canna da zucchero era la sola pianta dalla q
estratto.

La presenza dello zucchero nella barbabiet
viero de Serres al principio del secolo decimo
dopo molta esitanza e dopo ripetute esperienze
divenne una sostanza usuale.

La produzione totale dello zucchero raffina
sia di 450 milioni di chilogrammi.

Il consumo dello zucchero è maggiore in I
annualmente a 918 milioni di chilogrammi. L
milioni, la Russia e la Polonia 200 milioni;
lioni; le Indie, la China e le isole dell' Ocean
250 milioni di chilogrammi. (*Dalla Gazzetta*
N. 174, pag. 2907).

Coltivazione del papavero — I bu
coltivazione delle *cinchonae* nelle Indie Ingl
spinto a ritentare la coltivazione del *papave*
paese natale, e cioè nell'Africa orientale. Da
a Mozambico ottime sementi, ed ivi una comp
178 mila lire sterline ha impreso di coltivare
mercio dell'oppio.

Questa nuova coltivazione prospera benissim
The Nature, e dà prodotti assai migliori che
stretti dell'India, più favoriti rispetto al rac
Regno, 1878, pag. 2523).

I cani in Inghilterra. — Da una stat
ad un documento stato presentato alla Camer
il numero dei cani dal 1867 (anno in cui
venne sostituito il sistema delle *autorizzazion*
nell' Inghilterra propriamente detta e nel prin
i cani

	nel	1867	erano	828,328
	»	1868	furono	907,745
	»	1869	»	1,000,806
	»	1870	»	1,064,621
	»	1871	»	1,123,023
	»	1872	»	1,137,163
	»	1873	»	1,176,262
	»	1874	»	1,252,068
	»	1875	»	1,302,158
	»	1876	»	1,362,176
e finalmente				
	»	1877	»	1,492,176

In quest'ultimo anno s'ebbero, per tassa di 1,399,330 cani, lire sterline 349,743 e 5 scellini. (*Gazz. Uffic. del Regno*, 1878, pag. 1858, 2551).

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

Collegio Sanitario Piacentino. — *Conferenze scientifico-pratiche*: « Sulle fermentazioni — sulle malattie infettive in generale — sulla febbre puerperale — sull'importanza della cura chirurgica negli essudati pleuritici — sulla galvano-caustica termica — sopra un caso d'ernia strozzata », *tenute nell'inverno* 1877-78. Piacenza 1878.

« *Extrait du rapport annuel* lu au conseil communal par le collège, en séance du 7 ottobre 1878. » Chap. 5. Salubrité publique. Bruxelles.

Congrès international d'Hygiène de Paris.

1.° Question. « Hygiène du nouveau-né. »
2.° » « De l'altération des cours d'eau. »
3.° » « Hygiène alimentaire. »
4.° » « Des logements des classes nécessiteuses. »
5.° » « Hygiène professionelle. »
6.° » « Prophylaxie des maladies infectieuses ou contagieuses. »

« The therapeutical Society of New York. » (« Reprinted from the New York Medical Journal », july 1878).

« La Clinica Contemporanea », ecc. Dispensa 2.ª e 3.ª

Rosenthal. « Diagnosi e terapia delle malattie della midolla spinale. » Napoli 1878.

Abate Carmelo. « Sulla autonomia delle cellule glandolari. » Tesi di concorso. Catania 1878.

Alpago Novello. « Contribuzione alla cura della scrofolosi mediante il tayuya. » Memoria. Torino 1878. « Giorn. Ven. di Sc. Med. », 1878.

Bassini Edoardo. « La Clinica operativa di Pavia nell'anno 1876, 1877. » Genova 1878.

Beck G. « Illustrirte Vierteljahrsschrift der ärztlichen Polytechnik. » I Jahrgang 1879, 1 nov. 1878.

compilato nell'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma. » Roma 1878.

Luciani L. « Sulla patogenesi della epilessia. » Studio critico-sperimentale. « Rivista Sper. Fren. Med. Leg. », 1878.

Medini Luigi. « Storia di una completa estirpazione della glandula parotide per cancro. » « Amputazione del braccio destro per grande traumatismo eseguita nel luogo stesso della lesione. » Bologna 1878.

Milton J. L. « On giant urticaria. » London 1878.

Morelli Carlo. « Casi patologici attinenti alla controversa esistenza dei centri motori della sostanza corticale del cervello. » « Sperimentale », 1878.

Morselli E. e Angelucci G. « In causa di fratricidio imputato ad un lipemaniaco. » Perizia medica. « Sperimentale », settembre 1878, Firenze.

Mucci Domenico. « Sulla galvano-caustica termica e sue applicazioni. » Conferenza. Piacenza 1878.

Orsi Francesco. « Lezioni di Patologia e Terapia speciale medica dettate nel biennio scolastico 1874-75, 1875-76, raccolte dagli studenti Giovanni Arcari, Felice Viscardi e Francesco Cacciamali. » V. 1.°, fascicolo IX, X. Milano 1878.

Peruzzi Domenico. « La prima Centuria d'ovariotomie in Italia. » « Racc. Med. » Forlì 1878.

Petrucci S. e Chirone V. « Ricerche sperimentali sull'azione biologica dell'acido salicilico e del salicilato di soda. » Commentario Clin. di Pisa, 1878, 1-2.

Pollacci Egidio. « Nuovi fenomeni osservati nell'ingessamento dei vini e dei mosti. » Parte 1.ª « Rend. dell'Ist. Lomb. » Milano 1878.

Rey Eugenio. « La Criminalità in rapporto coll'antropologia e colla statistica. » Roma 1878.

Ringer Sydney. « Trattato di terapia. » Trad., ecc., del prof. C. Ruata. Torino 1878.

Romano Clemente. « La coxalgia. » Napoli 1877.

Saltini Giulio. « Quadri statistici e note cliniche. » « Annali d'Ottalm. » Anno VII, fasc. 2.°, 3.°

Scalzi Filippo e Laurenzi Luigi. « Saggio di Statistica illustrata compilato nell'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma. » Roma 1878.

Solera Luigi. « Indagini sulle manifestazioni obbiettive del solfo-cianuro potassico salivare. » Pavia 1877.

Tamassia Arrigo. « Le condotte mediche del Comune di Revere. » Risposta al Giornale *Il Po.* Mantova 1878.

Tamassia Arrigo. « Le fotografie degli alienati nel Manicomio di Reggio. » « Gazz. Frenol. » Reggio 1878.

Tartuferi Ferruccio. « Le eminenze bigemine anteriori ed il tratto.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA

(Dalla pag. 393 alla pag. 449).

1. Gore — *Legatura dell'arteria innominata per aneurisma della succlavia.*
2. Marinelli F. e Zuccarelli A. — *Amputazione del braccio destro per aneurisma diffuso traumatico consecutivo dell'arteria brachiale.*
3. Gallozzi — *Aneurisma varicoso della femorale; legatura dell'iliaca esterna, indi della femorale.*
4. Turretta A. — *Contributo alla statistica delle legature dell' arteria femorale comune.*
5. Mazziotti — *Aneurisma spontaneo della poplitea dritta guarito colla flessione forzata della gamba.*
6. Mazzoni — *Mixo-sarcoma alla regione parietale sinistra; estirpazione; morte.*
7. Bassini — *Mixo-sarcoma alla regione masseterica sinistra.*
8. Mazzoni — *Linfoma alla regione parotidea sinistra. enucleazione; guarigione.*
9. Gallozzi — *Due casi di encondro-sarcoma della regione parotidea.*
10. Bottini — *Esportazione totale della parotide e glandole linfo-sarcomatose alla cervice.*
11. Medini — *Esportazione completa della parotide.*
12. Rose — *La morte per gozzo e la cura radicale dello stesso.*
13. Bottini — *Tre casi di esportazione totale di gozzo parenchimatoso. Guarigione.*
14. Mazzoni — *Contributo alle operazioni sulle ossa.*
15. Bassini — *Contribuzione alle resezioni.*
16. Gallozzi — *Resezione completa dell'articolazione omero-cubitale destra; guarigione.*
17. Buonomo A. — *Resezione del gomito eseguita dal prof. V. Mantone.*
18. Prideaux — *Nota sulle resezioni delle giunture delle falangi.*
19. Lesi — *Storia d'una disarticolazione del femore seguita da guarigione.*
20. Köhler — *Le fratture complicate.*
21. Smith — *Straordinario accidente nella riduzione di una slogatura dell'omero.*
22. Trendelenburg — *Caso di gastrotomia felicemente operato.*

23. Aonso — *Tumore ipertrofico della mil*
circolazione, ascite; splenotomia, mort
24. Turati A. — *Riduzione mediante il ta*
strozzata attraverso ad una lacerazio
25. Bottini — *Esportazione di fibro-encon*
26. Scarenzio — *Due casi di varicocele gu*
elastica temporaria.
27. Berti — *Quattro casi di puntura capi*
28. Clementi — *Nuovo processo operatori*
mercè schiacciamento rapido rettilineo
29. Gallozzi — *Tre casi di tumori emorro*
tomi modificati.
30. Berti E. — *Esportazione di grosso tun*
sione sanguigna.

RIVISTA D' OCU

del dott. GIULIO FL

(Dalla pag. 450 a p

Hirschberg — *Alterazione del fondo ocul*
Verneuil — *Fusione temporaria delle palp*
Galezowski — *Studio sull'emicrania dell'o*
Bull — *Contribuzione allo studio delle ci*
Swanzy H. — *Influenza delle affezioni d*
Sammelshon — *Amaurosi completa d'un o*
stite orbitale consecutiva ad un'estrazi
Buzzard — *Blefarospasmo guarito radica*
Tonoli S. — *Lo jaborandi nella produzion*
pillare.
Businelli — *Sulle operazioni di cataratta.*
Lubinski — *Ulcero primario sifilitico dell*
Id. — *Guarigione persistente d'un glaucom*
lussazione della lente.
Horner — *Sulle fasciature bagnate coll'ac*
Gillet de Grandmont — *Oftalmoscopio a r*
Gräfe A. — *Medicazione antisettica nelle e*

BIBLIOGRAFIA

Parola — *De la vaccination* — pag. 463.

VARIETÀ.

Congressi Medici in Pisa — pag. 467.
Il consumo dello zucchero — pag. 473.
Coltivazione del papavero — 474.
I cani in Inghilterra — 474.
Opere presentate alla Direzione degli Ann
— pag. 475.

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA (1)

---

1. Lucas — *Frattura della vôlta del cranio con fuoruscita dell' umore cerebro-spinale sotto il cuojo capelluto.*
2. Medini — *Due storie di Clinica chirurgica con considerazioni relative alla blefaro-plastica.*
3. Gallozzi — *Un caso di sarcoma delle fosse nasali.*
4. Perier — *Lussazione del mascellare inferiore.*
5. Wood — *Largo epitelioma della lingua esportato con filo schiacciatore passato attraverso una piccola apertura sopra l'osso ioide.*
6. Marchioneschi — *Ferita per suicidio tentato con colpi di rasojo; innesto epidermico; guarigione.*
7. Smith S. C. — *Incuneamento d'un piccolo fischietto nel bronco destro.*
8. Gillette — *Sulla migrazione degli aghi.*
9. Schoenborn — *Sulla gastrotomia.*
10. Marion Sims — *Osservazioni sulla colecistotomia nell'idrope della cistifellea.*
11. Desprès — *Piaga da istrumento contundente penetrante nell'addome. Ernia dell'intestino tenue. Guarigione.*
12. Scotti — *La ricognizione del sacco erniario e del viscere strozzato nelle ernie addominali.*
13. Rizzoli — *Tre casi di ascessi perivescicali e retropubici.*
14. Gauyot — *Calcolo di cistina. Taglio. Guarigione.*
15. Gallozzi — *Un fibroma esistente fra tumori emorroidarj.*
16. Brichetti — *Stringimenti rettali trattati colla rettotomia lineare.*
17. Gallozzi — *Epitelioma retto-anale in una donna; esportazione mediante il caustico Canquoin.*
18. Hüter — *Sulla resezione parziale dell'articolazione del piede e del cubito.*
19. Parona — *Osservazioni pratiche di chirurgia conservativa.*
20. Mac-Farlane — *Caso di sciatica curato collo stiramento del nervo.*
21. Obisier — *Ulcera scrofolosa della gamba, guarita con l'uso del bisolfuro di carbonio.*

(1) Gli articoli segnati col N. 1, 9 e 19 appartengono al dott. Cavagnis; quelli col N. 2, 6, 13, 15, 16, 19, e 22 al prof. Scarenzio; col N. 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 17, 21 e 23 al dott. Bossi; gli altri al dott. Parona.

22. Gabrielli — *Uso delle lamine di piombo contro le varici.*
23. Ceccato G. — *Storia di tre casi di onichia maligna curati col nitrato di piombo, previa anestesia col solfato di morfina.*
24. Ranke — *Uso del tymol in chirurgia.*

Frattura della volta del cranio con fuoruscita dell' umore cerebro-spinale sotto il cuojo capelluto; del dott. Lucas. (*Centr. f. chir.* 1878, 1).

È un caso molto importante che riguarda una fanciulla di due anni e mezzo. Essa avea già ben appreso a camminare ed a parlare, quando le successe la disgrazia di cadere da una finestra alta circa 6 metri. Dopo la caduta rimase priva di sensi fino al mattino seguente, indi li riaveva, ma era restata fastidiosa e lunatica nè avea pronunciato più verbo. Quando fu portata all'ospedale non presentava lesione esteriore nè segno di malattia cerebrale, se si eccettui il predetto cattivo carattere e il mutismo assoluto. Avea inoltre due tumori fluttuanti, non pulsanti, riuniti da un istmo e comunicanti fra di loro, alla regione temporale sinistra, affatto indolenti; la bambina non avea punto febbre. Tali tumefazioni cominciarono ad essere osservate dalla madre una settimana dopo la caduta; e la bambina fu presentata all'ospedale 3 settimane dopo di quest'accidente.

Con una puntura esploratoria furono evacuati i detti due tumori estraendone un liquido affatto simile al liquore cerebro-spinale e che esaminato dal dott. Stefenson, si dimostrò composto di materia organica 0,19, cloruro di sodio 0,42, altri sali 0,31, acqua 99,07 e del peso specifico di 1,0059. Era di color citrino, facilmente s'intorbidava, e molto scorrevole.

Dopo tale evacuazione si potè molto bene avvertire una frattura del cranio con depressione, senza che la bambina soffrisse alcun fenomeno minaccioso, nè altro insorgesse. Ma poco dopo il liquido si ripristinò nei tumori, e poi da sè scomparve: ogni tanto però quelli ricomparivano o si gonfiavano di più, specialmente se la fanciulla emetteva delle grida.

Essa mantenevasi irascibile; quando voleva da mangiare muoveva le braccia, e dopo 2 mesi veniva dimessa in questo stato essendo i due tumori scomparsi. Quaranta giorni più tardi l'Autore potè rivederla e stava come quando era stata dimessa; ma uno dei due tumori mostrava contenere ancora un po' di liquido. Pareva che la fanciulla avesse dell'intelligenza; ma non ancora parlava, nè camminava.

Questo è l'unico caso di tal genere non seguito da morte.

In casi consimili e quando non vi sieno complicazioni da togliere, per esempio colla trapanazione, l'Autore consiglia il metodo aspettante perchè il liquido serve di difesa e di riparo al cervello, il quale altrimenti verrebbe a contatto coi pezzi fratturati, perocchè coll'evacuazione fluirebbe non solo il liquido sopra-cranico, ma anche l'endo-cranico.

Per la letteratura dell'argomento veggasi Prescott Hewett nell'Holmes System of Surgery, in cui sono raccolti 10 casi analoghi, in 7 dei quali il liquido proveniva direttamente dai ventricoli laterali. Di tali ultimi casi, secondo Bergmann, « Lehre von den Kopfverletzungen » spettano 3 a Bruns, ed uno per ciascuno a Legendie, a Huber, a Roser ed a Contague.

Due storie di Clinica chirurgica con considerazioni relative alla blefaro-plastica; del dott. Luigi Medini. (*Bull. delle Scienze Med.* di Bologna, 1878, Serie 6ª, vol. II).

Pubblicando le due storie che seguono il dott. Medini richiama molto opportunamente ai pratici come non sempre sia necessario ricorrere ad operazioni di plastica, apparentemente indicate, potendovi supplire la vitalità ed i poteri plastici dell'organismo.

Storia 1.ª — *Ectropio della palpebra superiore sinistra per viziose cicatrici. Dissezione ed abbassamento appropriato della palpebra. Guarigione.* — Una ragazza, d'anni 13, avea la palpebra superiore sinistra fissata all'arco orbitario da continua e compatta cicatrice, e completamente rovesciata in alto, in modo più esagerato di quello che d'ordinario si usa produrre ad arte per medicare la congiuntiva palpebrale e reflessa. I cigli toccavano le folte sopracciglia, che anzi queste e quelli erano sì fra di loro confusi, che a mala pena potevansi distinguere ad una certa distanza, e pel reciproco contatto e perchè i cigli perduta avendo la naturale loro direzione in avanti, eransi fatti contorti e piegavano in diverso senso. Il bordo cigliare e la congiuntiva palpebrale apparivano di un rosso fuoco, la seconda poi era grinzosa, ipertrofica, l'occhio iperemico e lacrimante con edema al contorno inferiore ed esterno. Per proteggere l'occhio, che restava a permanenza scoperto causa l'ectropio, e sottrarlo così agli stimoli del calore, della luce, in breve degli agenti esterni, doveva portare di continuo una benda colorata in verde cupo.

Ricercando gli anamnestici si seppe che tre mesi addietro la ragazza avea sofferto di risipola alla testa insorta per beccata di un insetto sulla palpebra affetta da ectropio. Quivi e sulla circostante regione temporo-orbitaria formavasi un ascesso con mortificazione di parti, il cui distacco lasciava una ragguardevole perdita di tessuto, ed al formarsi della cicatrice l'ectropio.

Il male era decorso acutamente poichè in 30 giorni circa la cicatrizzazione era completa.

Fatti gli opportuni esami parve al dott. Medini che di qualche guisa si potesse riparare a quella deformità, e sebbene non potesse nascondersi di trovarsi di fronte ad un caso grave, pur tuttavia pensando ai danni che potevano derivare all'occhio non protetto dalle palpebre, e pei disturbi che sulla superficie congiuntivale extroflessa e sulla congiuntiva bulbare erano di già incominciati, eseguiva l'operazione colla quale si proponeva di delimitare il bordo palpebrale mediante incisione, staccare

perava di nuovo col coltello. Compresa la produzione morbosa fra due incisioni semielettiche che si guardavano colla loro concavità, una delle quali incisioni praticata sulla guancia, l'altra sulla tempia, asportava il neoplasma levando a tutta spessezza il 4° esterno di ambedue le palpebre e resecando colle sue tanaglie osteotome il zigomatico. Fatte le necessarie allacciature, medicava la vasta ferita per seconda intenzione con acqua emostatica Pagliari. Dopo due mesi l'operato lasciava lo Spedale con una semplice piaga avviata a cicatrice. Riveduto lo un mese dopo la guarigione era assicurata senza che si avesse a notare sul viso attendibile deformità, solo rimaneva un po' di allontanamento delle palpebre all'angolo esterno dell'occhio sinistro, e che più tardi pel retrarsi della cicatrice pressochè scompariva.

Nè l'esito fu diverso nella ragazza operata dal dott. Medini, perocchè a capo di un mese continuando nella semplice medicatura di filaccie ed insistendo a tenere debitamente abbassata la palpebra mediante dolce compressione, potè far ritorno a casa completamente guarita e con cipiana, sottile, e catrice col ristabilimento della funzionabilità della palpebra.

Storia 2.ª — *Epitelioma al naso ed alle palpebre. Diffusione del neoplasma all'occhio destro. Asportazione. Guarigione.* — Un uomo d'anni 60, fino dal 1867 aveva veduto comparire all'angolo interno dell'occhio destro una piccola escrescenza coperta di crosticina nerastra che per molto tempo si mantenne press'a poco della grandezza di un cece; cadeva la crosta, ma si rinnovava presto e di nuovo cadendo lasciava allo scoperto un'ulcera sanguinante. In 4 o 5 anni quest'ulcera s'ingrandiva acquistando le dimensioni di una moneta da due centesimi. Allora veniva sottoposta alle causticazioni; ma stancatosi il malato della cura, ricorse ad un semplicista, il quale per molti mesi senza, alcun frutto con unguenti ed altri farmachi a lui ignoti, lo medicò. Se pertanto nel periodo di 7 ad 8 anni il morbo di poco avea progredito, da ultimo con tanta rapidità la ulcerazione si era estesa, in modo che naso, palpebre, angolo interno degli occhi ne erano stati invasi. Un umore icoroso fetido cominciava a colare dalla vasta superficie piagata, e l'aspetto di essa divenne sì deforme e schifoso, che il paziente vide la necessità di coprirsi con una specie di maschera.

La neoplasia rappresentava una piramide a base curva con convessità in alto sulla glabella ad apice in basso verso la punta del naso. La superficie era di colore rosso sporco, granulosa, con sensibilissimi rialzi ed avvallamamenti, sanguinante, con secrezione di umore scorrevole fetente. Dalla glabella si estendeva in senso longitudinale fino a un centimetro circa dalla punta del naso, lateralmente lo interessava tutto, il terzo interno delle palpebre di sinistra, un poco più del terzo di quelle di destra, a destra nel segmento interno la congiuntiva bulbare era un po' tumida ed arrossata, ma con caratteri non bene decisi di partecipa-

alcun accidente locale e la piaga si mantenne per 7 giorni con ottimi caratteri.

Cominciarono in allora a manifestarsi segni di panoftalmite a destra e 3 giorni appresso svilupposi il flemmone nell'occhio a cui ben presto susseguiva la suppurazione e lo svuotamento.

Scomparsa del tutto la flogosi nel moncone dell'occhio si notavano su di esso come fungosità rosse, sanguinanti, e secernenti pus scorrevole, lo che fece ritenere che in realtà vi pullulasse il neoplasma; si decise perciò di enuclearlo. Dopo ciò il microscopio vi scopriva gli elementi dell'epitelioma e sanzionava così la condotta dell'operatore.

Fece l'enucleazione colle forbici curve e secondo le regole dell'arte, nè fu difficile eseguirla. L'aggiunta di questo secondo traumatismo non apportò alcuna triste conseguenza, nè venne a disturbare tampoco il regolare avviamento della piaga a cicatrice. Questa procedeva con abbastanza rapidità dalla periferia al centro, vedevansi le palpebre mozzate tanto da un lato che dall'altro coprirsi di granulazioni, e come allungarsi e spingersi verso l'interno delle regioni orbitarie, formare un tutto continuo coi tessuti di granulazione vicini, e colla cicatrice che discendeva dalla fronte.

In meno di due mesi i cinque sesti della vasta piaga erano coperti da solida cicatrice, era rimasta soltanto una piccola piaghetta sul dorso del naso, la quale mostrossi indifferente alle svariate medicature che si usarono, ma che poi finì per cedere alla pomata escarotica dell'Helmund, rimedio il quale, al pari di tanti altri, opportunamente usato, vanta i suoi trionfi.

Tre mesi dopo l'operazione il malato abbandonava lo Spedale perfettamente guarito, e lo si volle per l'appunto trattenere fino a completa cicatrice per potere essere ben sicuro dell'esito della grave operazione.

La cicatrice era piana, robusta, senza indurimento di sorta. L'occhio destro mancante colle rispettive palpebre avvicinate ed apposte alle escavazioni dell'orbita; a sinistra la visione perfetta, la funzionalità delle palpebre più che bastante, all'angolo interno restava un po' di divaricamento di esse tanto che appariva il detto angolo più prolungato. In complesso però, avuto riguardo alla gravezza del caso, all'età del soggetto, all'estensione della ferita risultata dall'operazione, puossi senza dubbio affermare di essersi anche qui ottenuto coll'usata pratica un confortante successo.

Un caso di sarcoma delle fosse nasali; del prof. C. Gallozzi. (*Morgagni*, luglio 1878).

Trattavasi d'un medico di circa sessant'anni, affetto da sarcoma sottoperiosteo e sotto-mucoso, probabilmente sorti dal setto e fortunatamente non ancora interessante le ossa mascellari e palatine.

Il naso era deformato a cominciare dalla glabella; le ossa nasali e le apofisi montanti del mascellare superiore coi tessuti molli soprastanti erano come spinte ed incurvate in alto ed in fuori da un corpo che

disotto vi stesse. La pelle era intatta e di color
Guardando alla luce attraverso le narici, si g
massa di tessuto vascolare d'ineguale colorito
pando si sentiva sul dorso del naso una mollezz
tire una vera fluttuazione; di ossa nasali e di
scellare superiore non si aveano più segni di e

La respirazione riesciva impedita, al min
aveasi epistassi.

Progettata l'esportazione del tumore e susse
facevasi sedere l'infermo, praticavasi un' incision
della globella alla punta del naso interessando
tessuti sino alla cavità, diviso il naso a sinistr
ticava una seconda incisione trasversale disc
farsi maggior spazio in quel sito tanto offeso
indi l'operatore scollava la pelle, che sola pot
asportava tutto il resto. Togliendo le ossa ung
del mascellare superiore fattesi cedevoli e molli
giungeva così il tumore che demoliva dalla pro
tutta la parte superiore del setto nasale.

Quando tutto che appariva di neoplastico
cauterio di Paquelin causticava profondamente
poscia torunde di filaticcio. Le parti venivano
si praticava la sutura a punti staccati.

La ferita cicatrizzava per prima intenzione
rato lasciava l'ospedale perfettamente guarito.

Lussazione del mascellare inferiore; del dot
Hôpitaux, n. 104, 1878).

Il dott. Perier presentava nella seduta dell
Parigi il 20 marzo scorso un pezzo rappresenta
scellare inferiore d'una vecchia di 65 anni. La
l'apofisi coronoide non s'incontrava più coll'os
era notevole per l'integrità dei legamenti, che
Era un esempio bellissimo di lussazione sotto-
dei legamenti, varietà che sarebbe, secondo il
frequente che la superiore.

Largo epitelioma della lingua esportato con
attraverso una piccola apertura sopra l'osso j
(*Lancet*, 6 luglio 1878).

T. H. d'anni 66, facchino, ammogliato, fu an
nell'Ospedale del Re in Londra il 29 maggio
famiglia storia di tumori. Il paziente era sdent
fumatore, ne mai aveva sofferto di sifilide. Set
rilevò un aumento di salivazione ed un senso
compagnato da gonfiore al lato destro. La set

fece duro e crebbe rapidamente e tre settimane fa cominciò ad esulcerarsi.

All'accettazione, il paziente era pallido, anemico, ed in cattivo stato di salute. Egli era dimagrato. Al lato destro della lingua eravi una massa esulcerata di circa un pollice e mezzo di lunghezza, rilevantesi un mezzo pollice sulla superficie della lingua e riempiendo quasi la bocca. La lingua all'intorno si sentiva dura e l'inspessimento estendevasi verso il lato sinistro. Passando il dito dietro la massa esulcerata, si sentiva una parte di tessuto apparentemente sano fra essa e l'epiglottide. I margini dell'ulcerazione erano rovesciati, e la superficie coperta da un tenace deposito gelatinoso. Qualche mal definito inspessimento si poteva sentire sotto alla guancia dal lato destro. I movimenti della lingua erano limitati. Non eravi emorragia ma un abbondante e continuo fluire di saliva vischiosa che colava fuori dalla bocca. Vi era molto dolore che impediva il sonno. Il paziente era incapace di prendere cibi solidi. L'appetito era cattivo e lo spirito depresso. I battiti del cuore erano normali, ma l'arteria radiale si sentiva tortuosa. Nell'orina si riscontrò qualche traccia di albumina.

Al 1º giugno l'ammalato venne eterizzato e la bocca fu ampiamente aperta con un bavaglio. Una breve legatura di canape fu passata attraverso la lingua alla distanza di circa un pollice dalla punta e fissata in un occhiello in maniera da poter essere padroni dell'organo. La lingua venne allora tirata avanti ed alzata, ed il frenulo ed i tessuti del sottostante pavimento vennero divisi con la forbice, dirigendo il taglio profondamente onde evitare le arterie. I pilastri anteriori delle fauci furono pure divisi. Un'incisione verticale lunga tre quarti d'un pollice fu praticata alla linea mediana del collo e precisamente sopra il ioide, ed il laccio di uno schiacciatore passato attraverso questa incisione nella bocca e fatta scivolare sopra il dorso della lingua vicino all'epiglottide dopo essere stata ben tirata avanti.

Il filo metallico fu allora torto, ed in due minuti circa l'organo fu tagliato. L'emorragia fu leggera e proveniente solo da un piccolo vaso e venne prontamente arrestata del cauterio attuale. Pochi frammenti di tessuto ammalato furono escisi collo forbici, e la superficie fu generosamente pennellata con una soluzione di cloruro di zinco (4 grani in un oncia). La ferita sotto la guancia fu medicata col thymol. Si diede al paziente ghiaccio da succhiare e 25 goccie di tintura di oppio.

Il giorno dopo, la temperatura era a 101° F., polso a 100 e poco dolore. Il paziente fu nutrito con brodo. In terza giornata poteva inghiottire i liquidi. Provò a parlare ma lo si capiva imperfettamente. Temperatura 99° F. polso 90. La ferita sotto mentale era interamente cicatrizzata. L'ammalato continuò a migliorare ed al 13 giugno era convalescente. Poteva parlare intelligibilmente, prendeva bene il nutrimento liquido. Il moncone della lingua fu toccato qualche volta col cloruro di zinco solido.

L'ammalato ingrassava ottimamente, ed al 27 giugno egli poteva prendere cibi solidi con poca difficoltà. La parola era molto più chiara ed intelligibile. La ferita andava cicatrizzandosi ed il moncone contraendosi. Non sentiva che poco dolore e solo quando si toccava col cloruro di zinco. La turgescenza sotto il mento era diminuita ed il paziente stava per essere licenziato.

L'esame microscopico del tumore mostrava la caratteristica disposizione del cancro epiteliare.

Ferita per suicidio tentato con colpi di rasojo; innesto epidermico; guarigione; del dott. Marchioneschi. (*Indipendente*, 1878, N. 23).

Un giovane barbiere attentando alla propria vita erasi inferto mediante rasojo varie ferite alla gola, d'onde copiosa emorragia massime da una ampia sotto-laringea larga sei centimetri ed estesa trasversalmente per più di dodici; la trachea ne era stata ampiamente aperta coi fenomeni a tale lesione immancabili. La ferita venne riunita mediante molti punti di sutura cruenta, ravvicinandone varii lembetti che presentava mediante liste di cerotto. Sebbene se ne fosse lasciata aperta la parte inferiore, pure ne venne enfisema, di modo che il petto, il collo e la faccia ne restavano enormemente distesi, venendo alcuni punti strappati. Ne venne copiosa suppurazione e tanto questa come l'enfisema cedettero ad opportuna e semplice cura, di modo che in un mese il paziente potè dirsi guarito, rimanendo per altro l'afonia.

Ma nel centro della piaga restava una piccola porzione, che ostinossi a mantenersi per lungo tempo secernente, non ostante le più svariate medicature. L'Autore quindi allo scopo di compiere questa cura ed ottenere con prontezza la cicatrizzazione dell'ostinata soluzione di continuità, vi adagiava un piccolo ma alto strato di cute tolto dall'eminenza *thenar*, non molestandolo per tre giorni consecutivi. Sfasciando d'allora la parte notava che il lembetto cutaneo erasi fatto sottilissimo e ridotto ad una laminetta fogliacea in corrispondenza all'angolo inferiore della piaga ove stavasene tenacemente adeso, apparendo nel restante quale sottilissimo velo bianchissimo privato dell'epidermide. Nel giorno successivo non distinguevansi più le tracce del lembo, ma la piaga erasi fatta ristrettissima e ricoperta da uno strato bianco e resistente. Per cui al dott. Marchioneschi sembra che il tessuto sotto epidermico di quel lembo innestato, immedesimandosi colla superficie denudata e secernente della piaga, abbia dato origine ad una copiosa proliferazione d'onde la rapida chiusura della ferita.

Incuneamento d'un piccolo fischietto nel bronco destro; del dottor Salomone Carlo Smith. (*Lancet*, n. 5, vol. 2°, 1876).

Un ragazzo, di 8 anni, inghiottiva un fischietto che teneva in bocca. Questo fischietto avea lo spessore d'un portapenne ed era lungo un mezzo pollice. Non provava nè dolore, nè ambascia, la faringe era libera, il lato destro del torace però non si dilatava ampiamente come il sinistro; nel lobo inferiore v'era assenza del mormorio vescicolare e del

fremito vocale, mentre al lobo superiore ed al polmone sinistro s'udiva la respirazione infantile: durante la tosse poi e nella profonda respirazione sentivasi un fischio molto forte.

Si diagnosticava quindi, che il fischietto erasi incuneato nel bronco destro e propriamente in quella diramazione, che mena alla metà inferiore del polmone.

Furono dati emetici, purganti, si capovolse il bambino affine di spostare il corpo estraneo ma nulla s' ottenne. Ma poichè non s' avea a lamentare alcun sintomo allarmante si stette in attesa prima di fare la laringotomia.

Dopo un mese l' infermo cominciò ad avvertire dapprincipio in bocca un sapore stomachevole; la tosse che tratto tratto lo molestava si era di molto aumentata ed il paziente dimagriva ad onta di ogni cura. Un bel giorno peraltro dopo aver vomitato gran copia di muco, la tosse si fece quasi continua e in un violento accesso di questa il fischietto fu cacciato. Riveduto dopo una settimana il ragazzo, fu trovato assai migliorato in salute, tuttochè la respirazione alla base del polmone destro non fosse ancora normale.

È notevole che un accidente tanto grave abbia prodotto sì pochi danni, e forse esso sarebbe anche passato per un po' di tempo inosservato, se il corpo estraneo non fosse stato un fischietto, capace perciò di svelare da per sè la sua presenza.

Si potrebbe anche aggiungere che trattandosi di corpo tubulato l'ostacolo al respiro fu meno forte.

Sulla migrazione degli aghi; del dott. Gillette. Discussione alla Società di Medicina di Parigi. (*Union Médicale*, n. 70, 1878).

Nella seduta del 9 marzo 1878 alla Società di medicina di Parigi il dott. Gillette comunicava un caso d'una ragazza, che avea mandato fuori da diversi punti del corpo più di trecento aghi.

Il dott. Lunier pensa che questi aghi sieno stati introdotti per la pelle o per le mucose esterne, non già per l' intestino. Fa notare come sieno poi usciti tutti colla parte ottusa in avanti e non per la punta, circostanza da non fare prestar fede alla loro sortita spontanea per migrazione attraverso i tessuti. Dice, che quando egli era direttore dell' asilo di Blois, ha avuto occasione d'osservare un ammalato che realmente avea inghiottiti degli spilli: questi furono evacuati dall' intestino. Alcuni per vero furon estratti dalla pelle, ma si conobbe in seguito, che questi ultimi erano stati introdotti volontariamente. Egli fa notare, che l' insensibilità generale o locale è uno dei fenomeni più comuni dell' isterismo e che è appunto in questi infermi, che si riscontrano questi casi.

Marcet dice, che fu due volte chiamato per ammalati, che s' erano introdotti aghi nei tessuti.

Nella prima volta si trattava d'una donna di 60 anni circa, che dopo un repentino movimento provava una viva puntura sotto la pelle dell'avambraccio destro; nella seconda d'un fanciullo dai 7 agli 8 anni, che

fu d'un tratto colto da dolore vivissimo nel mezzo del dorso. In tutti e due i casi gli fu facile notare la presenza d'un corpo piccolo ed allungato, sito orizzontalmente sotto la pelle e che per movimenti impressigli, suscitava dolori al paziente; gli aghi erano sempre ossidati.

Nessun indizio potè ottenere sul loro modo d'introduzione. Ma se fino a un certo punto potè sospettare trattarsi di simulazione nel fanciullo, non gli è possibile pensare di ciò in una donna di 60 anni.

Dubuc fa osservare che degli aghi che restano fissi alle vesti ponno introdursi nella pelle ad insaputa degli ammalati e tali potrebbero essere i casi narrati da Marcet. Quanto al fatto raccontato da Gillette, ch'egli conosceva avanti la sua narrazione, è convinto trattarsi di simulazione.

Reliquet è dell'istesso parere. Come è egli possibile, dice, che trecento aghi possono restare in un organismo senza produrre vivissimi disturbi? E come semplici frammenti d'aghi, che pur furono estratti, avranno potuto camminare attraverso i tessuti?

Gillebert Dhercourt figlio, ha asservato casi d'introduzioni d'aghi senza dolori; una prima volta in un cameriere, che avea un ago profondamente infitto nel cubito e che portava ancora all'estremità esterna il filo che portava nella cruna nel momento della sua penetrazione: una seconda volta in un sarto, che presentava un frammento d'ago nella spalla.

Le Blond, nelle prigioni di Mazas, ha visto una collezione di 30 o 40 aghi ch'erano stati cacciati dall'intestino, e ch'erano stati ingojati con idee di suicidio.

Gillette non crede a simulazione nei fatti che ha raccontato. L'opinione contraria de' suoi colleghi non vi scusa che sia ipotesi suggerita dall'apprezzamento dei fatti, dei quali egli non era stato nè ha voluto essere che semplice narratore.

Sulla gastrotomia; del dott. Schoenborn. Discorso tenuto nella 3ª seduta del 6° Congresso dei chirurghi tedeschi a Berlino il 9 aprile 1877. (*Arch. f. klin. chir.* 1878, vol. 22. *Centr. f. chir.* 1878, 17).

L'Autore praticò tale operazione in un individuo di 44 anni affetto da cancro esofageo. Prima dell'operazione fu introdotta nello stomaco una sonda esofagea, armata di un pallone di gomma, che si gonfiò: così che il ventricolo fu disteso in modo da applicarsi molto bene contro alla parete addominale.

L'operazione fu praticata come di solito quando si eccettui che lo stomaco fu fissato esattamente con 13-15 aghi dorati alla parete ventrale, comprendendovi il peritoneo; poscia dopo avere ritirato la sonda esofagea, la parete del ventricolo fu unita alla addominale col catgut.

L'operazione e le successive medicazioni furono fatte col metodo di Lister e sotto alla polverizzazione.

Alla nutrizione del paziente fu provveduto per i primi giorni con clisteri di carne pancreatizzata.

Al 5° giorno fu levata la medicatura, e la parete anteriore dello stomaco fu spaccata con un taglio longitudinale in tutta l'estensione della ferita. Dopo d'allora il paziente fu nutrito dalla fistola stomacale, avendo cura di fargli prima masticare la carne. Quattro settimane dopo la fistola era lunga 4 cent. e larga 1 e 1\[2. Veniva chiusa con un otturatore. La sete ardente del paziente veniva solo in qualche modo sollevata ponendogli in bocca piccoli pezzetti di ghiaccio e piccole quantità di liquido; nè pareva che avesse alcuna influenza sul senso della sete il versare delle quantità di liquido nello stomaco.

Il paziente, *uomo senza criterio e disobbediente* (!) morì tre mesi dopo l'operazione per inanizione.

All'autopsia si trovò un carcinoma anulare alla estremità inferiore dell'esofago, lungo 10 cent.: nessuna metastasi.

La mucosa dello stomaco era inalterata.

L'Autore crede indicata la gastrotomia, oltrecchè per carcinoma esofageo, anche in alcuni diverticoli dell'esofago. A maggior ragione poi nelle stenosi non carcinomatose del piloro per procurarne la dilatazione, finalmente sarebbe del parere di coloro che vorrebbero provare la cura operativa del carcinoma della parte pilorica.

Osservazioni sulla colecistotomia nell'idrope della cistifellea; del dott. Marion Sims. (*Gazzetta Medica Italiana Provincie Venete*, N. 27, 1878).

Trattavasi d'una donna, che dopo essere stata colta da grave itterizia, presentava d'un tratto un tumore all'ipocondrio destro, tumore che andò man mano crescendo e che raggiunse la lunghezza di 14 centimetri oltrepassando in basso l'ombelico, e la larghezaa, dalla linea alba verso le false coste, di 14 centimetri. Era oblungo, rotondo e leggermente mobile lateralmente; al tatto assai sensibile, duro e teso. La tensione era così grande da mascherare la fluttuazione. L'Autore, credeva trattarsi di cisti congiunta al fegato, ma senza sapere precisare se fosse un'idrope della cistifelea od una cisti idatigena. Ordinava l'aspirazione anche a scopo diagnostico e venivano estratti 900 grammi di un liquido che non era bile nè conteneva idatidi (?). Il miglioramento fu di pochi giorni, le sofferenze si fecero anzi più gravi; eravi grande dolorabilità nella regione del tumore, timpanismo addominale, polso 110, temperatura 37°,8. Decidevasi quindi passare all'operazione. Questa veniva eseguita colle misure antisettiche; getto d'acido fenico, lozioni fenicate alle mani, ecc. Si faceva un'incisione lunga 75 millimetri, parallela alla linea alba, sulla parte più sporgente del tumore. S'incominciava a 25 millimetri al disopra del livello dell'ombelico e si terminava a 50 millimetri al disotto. Ben tosto si giungeva al peritoneo, il quale non veniva inciso se non fino a che fu arrestata l'emorragia prodotta dall'incisione. Facevasi poi entrare nel tumore uno dei più grossi *troiquarts* di Dieulafoy e si estraevano 670 grammi di liquido, che al chirurgo pareva bile. Appena vuotata la cisti, veniva uncinata e portata a contatto dei margini dell'incisione

esterna, indi afferrata con una pinzetta e portata fuori per circa 5 centimetri. Tenuta in questa posizione, si passava il dito nella cavità peritoneale lungo la superficie superiore ed inferiore e allora si riconosceva, per la sua inserzione al fegato, che trattavasi della cistifelea. Incidevasi quindi questa per circa 5 centimetri, pulivasi perfettamente e trovavasi che avea la profondità di 20 centimetri. Da principio venivano estratti circa 60 centigrammi di un liquido spesso, bruno contenente molto muco; indi una sessantina di calcoli.

Con otto punti di sutura, mediante seta fina carbolizzata, assicuravansi i margini della vescica biliare a quelli dell'incisione addominale, comprendendovi il peritoneo. L'intiera ferita veniva coperta con bambagia satura di acido carbolico e sopra questa una larga compressa di cotone satura pure di acido fenico, tenuta in sito con striscie d'empiastro adesivo ed una benda di flanella.

L'ammalata migliorava istantaneamente: il prurito ed il bruciore dell'itterizia scomparvero; la ferita cicatrizzava completamente.

Sette giorni dopo però dai margini della ferita notavasi gemizio di sangue, l'inferma era stremata di forze; il dì addietro dopo ripetute ematemesi moriva.

L'Autore dice, che dalla necroscopia e dall'esame microscopico, come pure dall'esperienza clinica, si dedusse *con certezza*, che l'ammalata moriva per l'azione degli acidi della bile sul sangue e che perciò l'operazione giovava a lenire le sofferenze negli ultimi giorni della malattia.

Piaga da istromento contundente penetrante dell'addome. Ernia dell'intestino tenue. Guarigione; del dott. Desprès.

Una giovine divertendosi con altre sue compagne a lasciarsi scivolare giù a cavalcioni d'una scala, in una di quelle pericolose discese la sbarra di ferro che sostiene la palla inverniciata, ornamento che s'incontra di frequente nelle stanghe delle antiche ferriate, non poteva essere evitata: questa s'infossava violentemente e obbliquamente nell'addome della sfortunata, che restava inchiodata e sospesa fino all'arrivo dei suoi parenti, chiamati dalle sue grida.

L'ammalata veniva tantosto inviata all'Ospitale di Cochin, dove il medico di guardia, dopo aver constatata una ferita penetrante dell'addome con uscita delle intestina e la comparsa dei vomiti, faceva immediatamente chiamare il dott. Desprès. Questi trovava l'inferma nelle seguenti condizioni.

Ad un centimetro al disotto della metà esterna del legamento di Falloppio, dal lato sinistro, una ferita penetrante nell'addome, lunga 4 centimetri diretta obliquamente dall'alto al basso e dall'indietro all'innanzi. Dalle labbra della ferita, leggermente contuse, usciva un'ansa intestinale di un metro circa, appartenente al tenue col relativo mesenterio. L'intestino non era perforato, nè presentava altra lesione, che una leggera congestione nel tratto dell'ansa fuoruscita, e qua o là qualche falsa membrana biancastra sottile e poco aderente. Il color violaceo del

viscere indicava nettamente che s'avea un certo strangolamento delle stesso.

Desprès procedeva subito alla riduzione alla quale tennero dietro frequenti vomiti di materie giallo verdastri, senza speciale odore. Le anse intestinali ben pulite con acqua tiepida furono con tutta facilità ridotte.

La porzione ultima uscita offriva qualche resistenza, m a dopo cinque o sei minuti di delicate manipolazioni, anch'essa rientrava nella cavità ventrale non restando all'esterno che una piccola massa d'epiploon della grossezza d'un uovo di piccione, che lasciavasi fra le labbra della ferita.

Benchè un poco contusi, i margini della ferita venivano uniti con 5 punti di sutura attorcigliata: una benda fenestrata coperta di cerotto, della filaccia alcoolizzata e dell' acqua fredda formarono la medicatura.

Dopo 15 giorni, la ferita era intieramente cicatrizzata e l' inferma lasciava l'ospedale.

Questa osservazione addimostra che la riunione immediata delle ferite contuse dell'addome può ottenersi. La pelle non può subito attaccare, ma le parti profonde sempre meno contuse aderiscono presto.

Il lettore osserverà come l'epiploon sia stato lasciato fra la ferita, facendo quanto l'esperienza ha mostrato esser meglio.

La ricognizione del sacco erniario e del viscere strozzato nelle ernie incarcerate addominali; del prof. Giuseppe Scotti. (*Morgagni*, agosto, 1878).

L' Autore ritiene che una delle più serie ed importanti difficoltà nella operazione della erniotomia, sia l' esatta ricognizione del sacco erniario ed il suo differenziamento dal viscere strozzato, per non correre il rischio d'incider questo, credendolo quello. Nella presente memoria ha voluto far conoscere il valore diagnostizo dei criterii finora tenuti, la non infrequente loro insufficienza ed il modo d' arrivare per quanto è possibile alla ricognizione del sacco e del viscere contenuto.

Dice, l'Autore, che gli operatori ritengono come segnali di non avere ancora aperto il sacco:

1° Quando l'esterno del tumore ernioso si presenta costituito da una superficie ineguale, tormentosa, filamentosa;

2° Se questa superficie è intessuta di scarsi vasi sanguigni di tessuto celluloso e di zolle d'adipe allogate in diversi punti;

3° Se nessun liquido sieroso fluisce in seguito delle praticate incisioni;

4° Se percorrendo col dito intorno al tumore non lo si trova libero dai tessuti più vicini:

5° Se provasi la sensazione di un altro corpo sottoposto alle dita, quando si pigia le pareti del tumore col pollice ed indice destro.

Ritiensi invece dai chirurghi essersi aperto il sacco quando:

decorso e gli esiti di questi speciali ascessi, il prof. Rizzoli espone i tre seguenti casi da lui osservati.

Osserv. 1.ª — Rimonta questa al 1852 e la storia gli venne comunicata dal dott. Mazzoli. Riguarda un giovane negoziante, d'anni 20, e che sempre sano antecedentemente, per essersi esposto a protratte e ripetute cause reumatizzanti ammalava di poliartrite acuta, che fu di lunga durata guarendone soltanto dopo quattro mesi di cura, nondimeno stabilmente e senza che nell ulteriore decorso di due anni avesse a soffrire molestia alcuna. Nel 1854 di nuovo ammalò e di febbre miliare, per la quale fu ridotto a mal partito, chè lungo e minaccioso ne fu il decorso, lasciandolo esausto di forze, e proclive alle recidive per il lasso di circa due anni.

Di nuovo ristabilitosi, nel 1857 si ammogliò e fu padre di prole gemella, nè mai più nel corso di sua vita ebbe a procreare figliuolanza.

Giungeva così al 1863 passando nove anni di vita sedentaria, nutrendosi bene ed abbondantemente, sviluppando una rilevante pinguedine, e restando in condizioni di salute abbastanza buone, se si eccettui qualche recidiva nell'eruzione migliarosa, mai però con sintomi allarmanti e sempre di brevissimo decorso. Nel giorno 12 ottobre 1863 sul far della sera ed improvvisamente, essendo in buona salute e senza causa valutabile, veniva colto da atroci dolori di ventre, susseguiti ben tosto da allarmantissimi sintomi, da non lasciar dubbio trattarsi di occlusione intestinale. Due giorni passarono, senza che i molti espedienti curativi recasse o sollievo alcuno, e fu soltanto alla sera del 14, due giorni precisi dall'invasione, che si osservava una leggiera remissione, la quale fattasi nella notte maggiore lasciò adito a concepire liete speranze di prossimo miglioramento. Infatti non tardò questo a manifestarsi, e l'infermo entrò ben presto in piena convalescenza. Non ottenne per altro perfetta guarigione, e spesso dolevasi per molestie intestinali, dispepsie, ed irregolarità somme nelle eliminazioni escrementizie. In tale stato di cose si giunse sul finire del novembre, quando un mattino, nell'atto di defecare, avvertiva un dolore non tanto forte alla regione ipogastrica ed in corrispondenza alla parte destra del pube, e sentiva che alla pressione delle mani ivi portate istintivamente esacerbavasi di molto. Colpito da questa nuova evenienza, rese avvertito il dott. Mazzoli che poco dopo ebbe agio di visitarlo.

L'esame obbiettivo nulla dava a riscontrare di rilevante nelle generalità. Solo fermavasi l'attenzione al luogo di manifestazione del dolore avvertito, ed alle parti circostanti, potendosi eliminare alla produzione dello stesso qualsiasi causa di ordine traumatico.

Il basso ventre era alquanto tumido e meteorico. Nella regione ipogastrica ed un poco a destra, nel luogo preciso in cui il malato aveva avvertito il dolore, sentivasi chiaramente al palpamento un tumore bene circoscritto, di forma regolare, della grossezza di un uovo di gal-

lina, collocato decisamente sotto la parete addominale, e che in grado maggiore dolente tanto per la palpazione quanto pei m che in qualsiasi modo venissero fatti dall'infermo. Allora non fare veruna diagnosi esatta e perciò istituivasi una semplice c matica con topici calmanti ed amollienti, riposo assoluto in lett adattata. In tal guisa, senza che avvenissero cambiamenti nella manifestazione morbosa suddescritta, si arrivava alla me cembre, nel qual tempo la malattia cominciava ad assumere tali da mettere in seria apprensione. Insorgeva una febbre g sima, la prostrazione generale aumentava rapidamente, il tum dapprima, come si disse, era piccolo crebbe in modo rilevant cendo insopportabili dolori. E però veniva consultato il profess zoli.

Si stabiliva quindi la diagnosi di un ascesso intraddomi regione ipogastrica e perivescicale, nulla si lasciava di inten scopo di alleviare le sofferenze dell'infermo, il di cui stato serio timore. Intanto il volume dell'ascesso facevasi enorme, e tuazione della raccolta marciosa insinuantesi profondamente al del pube, sebbene si sentisse manifesta all'ipogastrio, rimaneva profonda. Giunta la mattina dell'8 gennaio 1864, dopo convenie e varie considerazioni il prof. Rizzoli apriva col bistorino un enorme quantità di marcia contenuta nel tumore e raccolta a fondamente dietro il pube.

L'effetto salutare di tale operazione fecesi bentosto sentire all e sorsero per lui giorni men tristi, sia perchè il pericolo immi scongiurato, sia perchè sorgeva in lui la speranza di ricupera d'anche tardi, la primiera salute. Ma sebbene dopo lo svuotam l'ascesso, fosse stabilita con somma cura l'applicazione del tubo in vista di dare scolo facile alle materie, che a mano a mano producendosi, e la medicatura venisse diligentemente con quest applicata e mantenuta, non si poterono per altro evitare varii inf marciosi ai disotto della parete interna ed inferiore addominal pagnati da accessi febbrili tali da farli temere conseguenza di In causa di ciò il prof. Rizzoli nel lasso di quattro mesi fu c dar esito mediante alcune convenienti incisioni alle marcie in v stagnanti.

Dopo aver superati gravi pericoli e giunti che si fu al m 1864 erasi ottenuta la cicatrizzazione delle varie aperture pra si eccettui la prima, la quale invece erasi fatta fistolosa. L'est trovavasi a due dita trasverse al disopra del pube e penetra obliqua dall'alto al basso al didietro di esso. Coi varii mezzi d lungo adoperati non essendosi ottenuta la cicatrizzazione di qu e trovandosi del resto l'infermo in discrete condizioni fu decis garlo in modo da rendere più facile lo scolo della marcia. E da prima la dilatazione colla spugna preparata onde potere i

il dito che doveva servire di sicura guida al bistorino, essa apertura venne per mezzo suo ampliata fino al margine superiore del pube. L'esito ne fu felicissimo giacchè in poco tempo la cicatrizzazione si stabilì duratura e perfetta Questo accadde al termine del mese di agosto, e dopo poco più di un altro mese, passato in casa per maggiore precauzione vale a dire il 12 di ottobre del 1864, un anno preciso dall'invasione della malattia, potè il malato riprendere perfettamente guarito le proprie incombenze.

Rimase egli in ottima salute per altri quattro anni scorsi i quali malauguratamente fu colto dalla malattia di Bright. Per questa nulla valsero le cure mediche le più assidue ed intelligenti e ne moriva.

L'ora esposto caso vale come tipo dei più semplici di simil genere non avendovi partecipato in modo primitivo o secondario la sinfisi pubica, in seguito o no a violenta disgiunzione, come ebbero ad osservarne Caire, Lazzati, Carrera, Viviani e Galvagni (1), ed ai quali il prof. Rizzoli ne aggiunge altri due.

Osserv. 2.ª — L'ammalata, che porse soggetto a questa storia era in cura del dott. Bruers col quale l'Autore ebbe ad osservarla. Era una donna, d'anni 26, robusta, ben nutrita e regolarmente mestruata quando si maritava. Rimasta incinta ebbe una gravidanza, che decorsa normalmente terminava con parto naturale senza stento il 27 marzo 1876. Scorsi alcuni giorni essa veniva presa da febbre tifica accompagnata da sintomi di metrite, che la metteva in pericolo di vita, ma dopo circa 50 giorni guariva, le rimaneva solo un ingorgo infiammatorio lento alla mammella destra, che dopo un pajo di mesi del tutto scompariva.

Quando alla donna ritornarono i mestrui avvertiva durante i giorni in cui compievasi tale funzione un insolito bruciore nell'emettere le orine. Tale incomodo andava anzi crescendo ogni mese. Giunto l'ottobre la mestruazione più non riapparve. Verso la metà di esso mese, dopo una passeggiata lunga e faticosa, veniva presa da intensa febbre preceduta da freddo, con aumento del bruciore nel mingere e con vivi dolori all'ipogastrio. In questo stato durava varj giorni indi i sintomi si ammansavano. Le orine nondimeno si facevano scarsissime, sedimentose e nella emissione al bruciore si aggiungeva il tenesmo. Alla esplorazione sentivasi la vagina calda, il collo dell'utero turgido e dolentissimo al tatto. Allora si rendeva manifesta una notevole tumefazione nella regione ipogastrica, e che si attribuiva alla vescica urinaria ripiena di urina. La febbre incalzando, le condizioni dell'inferma aggravandosi, fu per questo consultato il dott. Belluzzi. Praticatosi per prima cosa il cateterismo venne estratta molta copia di urina. Svuotata che fu la vescica, rimase all'interno della regione ipogastrica e profondamente dietro

(1) Corradi. « Dell'Ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente ». Memorie della Società Medico-Chirurgica di Bologna, 1874.

poco a poco il ventre raggiungeva un volume considerevole. Al dolore, alla tumidezza s'aggiungeva la febbre, e più tardi coll'aumentare di essa insorgevano disturbi nelle funzioni della vescica e degli intestini; per le quali sopravenienze morbose e per essere scarsa la secrezione del latte trovossi nella necessità di dovere affidare il proprio bambino ad altra nutrice.

In un mese circa il tumore era diventato enorme; rassomigliava per forma e volume alla vescica urinaria grandemente ripiena giungendo col suo fondo fin verso l'ombellico; era liscio, ottusa ne era la percussione, la pelle che lo ricopriva era arrossata, un po' edematosa, ed in esso avvertivasi manifesta fluttuazione. La donna si lamentava di difficoltà nell'emissione delle urine e delle feccie, di trafitture alla regione del pube, ed in lei continuava la febbre. Introdotta la siringa in vescica la si trovò quasi vuota di urina, mentre poi l'esplorazione vaginale faceva conoscere che la tumidezza tendeva ad approfondarsi anteriormente nella escavazione pelviana.

Si diagnosticava trattarsi di un flemmone retropubico e perivescicale passato a suppurazione e per questo si ritenne indispensabile la pronta apertura dei formatosi vasto ascesso. Incisa pertanto longitudinalmente la parete inferiore addominale nella direzione della linea alba pel tratto di oltre sei centimetri ed in modo da giungere inferiormente a livello del pube si attraversava la parete addominale e ne esciva oltre un litro di pus cremoso bensì, ma fetente La falda peritoneale superiore, come avviene in simili casi, essendo stata spinta in alto, non rimaneva lesa dal tagliente del bistorino. Le ossa del pube si trovarono divaricate, ed a sinistra nel punto di disgiunzione del pube stesso si avvertivano scabrezze ossee, a destra invece si sentiva una sostanza molle che dava idea di avanzi di cartilagine.

L'uscita della copiosa marcia calmava le gravi molestie che provava la donna alla vescica, e le portava grande sollievo.

Nel termine di 10 o 12 giorni la vasta cavità coprivasi di belle granulazioni; presentavasi la febbre a 40° 1|5 appena dopo l'apertura del tumore, decrescendo in seguito ma non cessando in causa di una flebite manifestatasi all'arto inferiore destro con infiltrazione di marcia alla coscia corrispondente ed alla vulva e che aprivasi spontaneamente alla piegatura dell'inguine ed al gran labbro dello stesso lato. Col restringersi poi della cavità dell'ascesso, le ossa del pube portavansi gradatamente a mutuo contatto unendosi assai bene fra loro. Non restava alla paziente che una piccola apertura superiormente al pube e che chiudevasi dopo essersi per quella via eliminata una piccola scheggia ossea.

Osserv. 4ª — Il seguente caso clinico che il prof. Rizzoli osservava assieme col dott. Romei, è importante per la forma morbosa non solo, ma ben anco per la causa speciale che valse a disgiungere le ossa del pube.

Un cameriere, d'anni 57, che in sua gioventù rimaneva più volte

quel guasto, il quale invece rapidamente si diffondeva invadendone i rami orizzontali giungendo a comprendere perfino il cotile sinistro, per cui formaronsi seni profondi fistolosi in corrispondenza all'articolazione ileo-femorale i quali pur tramandando copiosissima e pessima marcia fecero perire l'infermo di marasmo.

L'autopsia confermò pienamente che la raccolta marciosa primitiva erasi formata nella regione pericistica e retropubica e rese patente la disgiunzione della sinfisi pubiana e gli accennati guasti del pube e dell'articolazione coxo-femorale sinistra.

Calcolo di cistina — Taglio — Guarigione; del dottor GOUJOT. (*Gazette des Hop.* N. 104. 1878).

Alla seduta del 6 marzo, corrente anno, il dottor Goujot presentava un calcolo ch'avea estratto, col taglio perineale praticato felicemente, in uomo di 25 anni.

I calcoli di cistina sono rari, 5 0|0 secondo Beale, 2 sopra 129 secondo Taylor. La cistica si riscontra più di frequente allo stato di sabbia che di calcolo: è in allora frammischiata a fosfati, acido urico o carbonato di magnesia. Per altro, tal fiata forma da sola la sabbia di certe renelle. I grossi calcoli di cistina scura sono rarissimi: s'osservano più particolarmente nei fanciulli e fino all'età di 25 a 30 anni. Civiale nè ha veduti 4, due dei quali aveano il volume d'un uovo di pollo: tre di questi calcoli furono triturati colla litotrisia, il quarto fu estratto col taglio. Raoul Leroy d'Ethioles racconta che Lenoir ne osservò due casi in ragazzi, due fratelli; Leroy d'Ethioles, padre, ne vide pure, quattro, dei quali tre in femmine, che furono liberate colla litotrisia; Leroy, figlio, ne osservò uno, in una ragazza di 8 anni; Thompson ne operò un caso solo.

Il calcolo estratto dal dott Goujot pesava 28 grammi: il suo massimo diametro era di 0,004, il minimo di 0,32. Si lasciava facilmente spaccare. Al taglio, presentava una struttura omogenea, senza nucleo, nè nocciolo di composizione differente. La sua sostanza era untuosa al tatto, come cera, facile alla pulitura, molto friabile. (cistina, 87 0|0).

L'infermo che soffriva di questo calcolo era un artigliere, già preposto nelle dogane; nel 1875 erasi ammalato per blennorragia con gonilite sinistra. Quindici mesi dopo, comparvero i primi sintomi della cistite, che diveniva tantosto purulenta.

Entrava nell'ospedale Val-de-Grâce il 30 maggio 1877, presentando una cistite manifestantesi per tenesmo vescicale, dolori vivi all'ipogastrio ed al perineo: urine non normali, sanguinolenti

Il catetere esploratore dava luogo a scolo sanguigno, seguito da un forte accesso di febbre a freddo, che durava cinque ore. Dodici giorni dopo un nuovo cateterismo produceva eguale fenomeno. Ne fu fatto un terzo con un litontritore per avere qualche idea sullo stato e volume del calcolo e l'accesso si ripeteva. La litotrizia era controindicata per le condizioni della vescica, per cui decidevasi praticare la cistotomia, che si ese-

sere frenata e per l'indebolimento da essa indotto in individui di solito già deperiti, emorragia che manca affatto nella lineare a mezzo del termo-cauterio.

c) L'esterna richiede inoltre, dopo l'operazione, una dilatazione a lungo continuata, e della quale conosciamo i grandi inconvenienti, quali la difficoltà di continuarla pei dolori da essa indotti, ostacoli tutti, che impedendo di bene eseguirla, danno luogo alla recidiva, e ciò maggiormente perchè l'operazione lascia persistere grande parte dell'ostacolo, termina presto o tardi colla riproduzione dello stringimento. La lineare invece, non abbisogna di questi mezzi ausiliari, perchè i tessuti non vengono tagliati ma abbruciati, distruggendo così grande parte dell'ostacolo, sì da apportare una perdita di sostanza tanto utile, che malgrado la retrazione cicatriziale, il lume rettale resta abbastanza ampio, da non porre ostacolo alle sue funzioni.

d) La lineare poi presenta innocuità assoluta, senza accidenti secondarii, quali flemmoni, flebiti, ecc., non dispone agli assorbimenti putridi, il che non puossi dire della rectotomia esterna.

Ed a provare queste ultime cose l'Autore espone osservazioni dalle quali fu testimonio trovandosi a Parigi.

Osservazione 1.ª — Una domestica, d'anni 28, di temperamento scrofoloso, aveva sofferto d'ingorghi ghiandolari apertisi alla regione cervicale, all'età di 22 anni un'ulcera con *bubbone*, in seguito un'ulcera infettante con poliadeniti.

Circa allo sviluppo degli accidenti secondarj della sifilide non sapeva dare indizio alcuno. Era stata all'Hôpital Saint Louis nelle sale di A. Fournier l'anno 1877, ed ivi curata con joduro di potassio e dilatazione progressiva di uno stringimento rettale; continuava la dilatazione per molto tempo, fino a che visto ne lo scarso o quasi nullo beneficio, ed inoltre, essendosi la cura resa intollerabile a causa dei grandi dolori, ricoverava alla Pitié sotto la cura del signor Verneuil.

Questi rilevava la regione anale perfettamente normale; al riscontro rettale sentivasi, a quattro centimetri circa, un ostacolo duro, resistente, che riduceva il lume dell'intestino a tale da non potere introdurre la punta del dito esploratore. Venne quindi confermata la diagnosi di Fournier, cioè di:

Stringimimento rettale sifilitico, metamorfosato in tessuto fibroso. — Consigliata l'operazione ed accettata, la si eseguiva dal prof. Verneuil, premessa la cloroformizzazione.

La temperatura, presa avanti l'operazione, era di 37°,2 centigradi.

Si fece la rettotomia lineare, a mezzo del termo-cauterio, anzichè dello schiacciatore lineare di Chassaignac, addottando il seguente processo: Introdotto l'indice della mano sinistra nel retto, al punto ove prima si impiantava dall'esterno la punta del *trequarti*, cioè da due centimetri al davanti del coccige fin sopra lo stringimento incominciò la sezione mediante il coltello mantenuto incandescente abbruciando

strato per strato ed in modo incruento i tessuti, sbrigliando infine sulla guida della sonda lo strato più interno.

Nessun accidente accompagnava e susseguiva l'operazione, appena al giorno successivo la termogenesi saliva a 38°,4, restandone poscia al dissotto, all'ottavo giorno l'incontinenza delle materie fecali era cessata e la soluzione di continuità in corso di cicatrice. All'esplorazione sentivasi il lume del retto abbastanza ampio e potevasi contare sulla sua definitiva guarigione

Osservazione 2.ª — Una cucitrice, d'anni 32 e che aveva sofferto accidenti sifilitici, si presentava all'Hôpital Charité per disturbi rettali e generali ed il prof. Gosselin dopo l'esame faceva diagnosi di

Stringimento sifilitico del retto a qualche centimetro al disopra dell'ano, con condiloma all'esterno, fistola cutaneo-rettale completa.

Praticasi dal medesimo la rettotomia lineare col metodo Verneuil a mezzo del termo-cauterio, eseguendo l'operazione in luogo di necessità cioè lungo il tragitto di una fistola esistente; nessun accidente.

L'indicazione e le cure successive in nulla differivano da quelle applicate all'ammalata dell'antecedente osservazione. Ebbe pochi giorni d'incontinenza ed in meno di due mesi la ferita era completamente cicatrizzata; il lume dell'intestino restava abbastanza ampio da non incomodare le funzioni fisiologiche del retto. S'introdussero di tratto in tratto delle filaccia spalmate di unguento semplice, senza però che ve ne fosse una formale indicazione.

Dopo avere assistito a questi semplici ma eloquenti fatti, il dottor Brichetti ha tutte le ragioni di esternare egli pure la sua ammirazione pel termo-cauterio di Paquelin, che rende già grandissimi servigi alla medicina operativa, e pel quale giustamente lamenta come l'uso non ne sia in Italia abbastanza diffuso.

Epitelioma retto-anale in una donna. Esportazione mediante il caustico Canquoin; del prof. GALLOZZI. (*Morgagni*, marzo 1878).

Una cameriera, d'anni 37, senza precedenti morbosi importanti, da due mesi era stata presa da emorragia anale, seguita da scolo purulento, difficoltà nel defecare, comparsa di un'escrescenza ai dintorni dell'ano e denutrizione generale.

Vedevasi alla parte sinistra del contorno dell'ano, una massa fungosa rilevata, che s'estendeva per circa quattro centimetri nella direzione anovulvare e per altrettanto spazio trasversalmente; avea superficie bernoccoluta, consistenza dura e facilmente sanguinante, si internava lungo la metà sinistra dell'intestino per l'altezza di 3 in 4 centimetri, limitandosi ivi nettamente colla mucosa sana. Non eravi partecipazione delle glandule inguinali.

Trattavasi manifestamente di una neoplasia colla forma dell'*epitelioma* cilindrico, come quello che partendo dall'*epitelio* erasi infiltrato nel resto dei tessuti. Esso presentava tutte le condizioni favorevoli per un tentativo di cura radicale ed a questo fine il prof. Gal-

lozzi ai varii mezzi, che si sarebbero potuto adoperare, preferiva l'azione caustica colla pasta del Canquoin.

Situata l'inferma sul decubito sinistro e fatte sporgere le natiche alcun poco fuori della sponda del letto, con bistorì retto praticavansi sei ferite profonde attorno all'*epitelioma* nei tessuti sani, che lo circondavano, ed a misura che se ne praticava una vi si introduceva una freccia del detto caustico. Compiuta l'operazione si notava leggera emorragia, che venne tosto formata con zaffo tubulato nell'ano, ed irrigando con acqua fredda. Dopo quattro giorni l'escara era formata, avendo però presa una estensione maggiore del bisogno; ad ogni modo andò regolarmente staccandosi rimanendo una vasta superficie granulante a forma di cono. Facendo per altro una accurata osservazione rilevaronsi porzioni di tessuto degenerato persistenti nel retto; e su di essi avendo il prof. Gallozzi applicato tre dei suoi enterotomi li espostava. La medicatura non consistette che in lavature con acqua fenicata e la piaga incamminavasi presto alla guarigione.

Sulla resezione parziale dell'articolazione del piede e del cubito; del dott. C. Hüter. Discorso tenuto al 6° Congresso dei chirurghi tedeschi. Discussione sul discorso stesso e sulla resezione dell'articolazione coxofemorale. (*Cent. f. chir.* 1878, 19).

Hüter in base alla propria ed all'altrui esperienza raccomanda la resezione parziale dell'articolazione del piede solamente nei casi traumatici: limitandola nella carie a pochi casi e bene scelti. Quanto poi alla resezione dell'articolazione del cubito, egli crede che in generale la resezione parziale si debba fare solamente nei casi, nei quali possano essere esportate rilevanti porzioni ossee

Quanto alla tecnica operatoria raccomanda, se si è fatto il taglio longitudinale radicale (bilaterale) di Hüter, d'introdurre un tubo da drenaggio attraverso il cavo articolare; se si è esportato l'olecrano si deve anche aver cura di mettere un consimile tubo nella borsa mucosa del tricipite che suppura tanto facilmente.

Gurlt in base a 1222 casi di resezione dell'articolazione del cubito dice che ambedue i metodi sono egualmente pericolosi, dando amendue la mortalità del 23 0[0. Gli sembra che alla resezione parziale tenga più frequentemente dietro l'anchilosi; il che però non porta pregiudizio. Langenbeck nei casi traumatici è più che può conservatore, mentre nella carie fa la resezione totale. Venendo poi alla resezione dell'articolazione femorale egli, se è possibile, pratica la semplice decapitazione, senza comprendere il grande trocantere

Volkmann è invece su ciò di parere contrario; si è trovato bene in 48 volte che vi si appigliava negli ultimi 3 anni. Dello stesso avviso è Lücke.

Schede negli ultimi 18 mesi ha eseguito 11 volte la resezione della articolazione coxo-femorale e 9 volte ha esportato anche il grande trocantere, avendo egli trovato quest'ultima pratica quasi sempre richiesta

gli scoli, mantenere la parte immobile ed in un ambiente disinfettato, ma importa altresì coadjuvare la natura coll'eliminazione delle parti mortificate, col ravvivare il tessuto di granulazione, moderare le vegetazioni troppo lussurreggianti, sorvegliare acciocchè la cicatrizzazione si effettui in guisa da non lasciare deformità e modificare la cura a seconda della idiosincrasia generale e locale, delle stagioni e delle complicazioni che per avventura fossero per insorgere.

Osserv. 1.ª — *Ferita da taglio all'indice destro.* — In seguito a colpo male diretto nello spaccare legna, una giovane d'anni 25 si feriva la parte dorsale dell'indice destro al suo attacco col metacarpo esportando una fettuccia del capo di questo, penetrando nell'articolazione e non lasciandogli che un attacco cutaneo palmare della larghezza di un centimetro. Ricondotte le parti alla positura loro normale riunita la ferita con punti di sutura nodosa e listerelle di cerotto, si immobilizzava il dito mediante stecca di legno, ricoprendolo con garza bagnata in glicerina fenicata, falde di cotone e fasciatura. La ferita aderì quasi tutta per coalito immediato, ed alla 15ª giornata dall'accidente la cicatrizzazione era completa. Non rimase che un po' di rigidezza all'articolazione offesa ed un po' di flessura al dito non essendosi potuto riunire il tendine reciso atteso la soverchia retrazione di esso.

Osserv. 2.ª — *Ferita da scure all'indice destro.* — Per una causa consimile a quella dell'antecedente osservazione, un uomo di 44 anni, recidevasi quasi in totalità l'indice destro appena sotto l'articolazione metacarpo-falangea; anche in questo caso sebbene l'osso fosse scheggiato seguivasi uguale condotta ed in brevissimo tempo il risultato fu completo.

Osserv. 3.ª — *Ferita da taglio alla mano sinistra.* — Si trattava di un contadino, d'anni 34, il quale erasi casualmente fatta una ferita da taglio alla mano indicata, e che partendo dalla connessura fra il pollice e l'indice ascendeva fino all'articolazione del primo metacarpo col trapezio, che era stata parzialmente aperta. Il primo metacarpo trovavasi diviso obliquamente e completamente appena sotto il capo articolare superiore. Anche dal lato palmare l'incisione delle parti molli era profonda; per cui l'infermo presentava il dito arrovesciato in alto colla recisione dell'arteria radio-palmare e della palmare stessa. Anzichè compiere la disarticolazione, il dottor Fara seguendo la pratica del dott. Parona, legò le arterie recise, ripulita la ferita con acqua fenicata, la riuniva con punti di sutura intercisa, immobilizzando poscia la mano ed applicandovi fomenti freddi. Tranne che nei punti d'onde pendevano i fili che aveano servito alle legature, la ferita si riuniva tutta per coalito immediato e la mano riprendeva presto e perfettamente le sue funzioni.

Osserv. 4.ª — *Ferita da schiacciatura alla mano destra.* — Un giovane d'anni 17, restava preso alla mano destra fra gli ingranaggi di una trebbiatrice. La parte offesa diventava considerevolmente gon-

ne riportava molteplici lacerazioni alle parti molli trovandosi le falangi più o meno fratturate. Involte le dita in listerelle di cerotto, secondo insegna Désprez, e rinnovato tale involucro ad ogni 5 giorni, esportando i lacerti gangrenati, si riuscì a conservare quelle dita in istato soddisfacente.

Osserv. 8ª — *Ferita d'arma da fuoco alla mano sinistra.* — In un giovanetto d'anni 14, tale accidente avea prodotto la perforazione della mano, in direzione leggermente obliqua dal basso all'alto; la ferita palmare e d'entrata presentava il diametro di due centimetri, avendone dal lato opposto tre e mezzo. Il 3° ed il 4° metacarpo erano stati fratturati comminutivamente con lacerazione di tendini e muscoli per cui il medio e l'anulare, di colore cupo, penzolavano; mal connesse erano pure le parti divise della mano. Lavata la ferita con acqua fenicata, estratte le scheggie ed immobilizzata la mano su di una ferula fenestrata, facevansi bagnoli caldi con acqua vegeto-minerale onde evitare possibilmente la gangrena alle dita ora indicate.

Fuvvi reazione viva, ai bagnoli sostituivasi il cataplasma di linseme, ripetendo le lavature fenicate e ciò per una decina di giorni dopo il qual tempo si potè fare una medicazione a piatto con decotto di china. La ferita non si chiuse se non trascorsi tre mesi; le due dita mediane rimasero alquanto rigide, il dorso della mano più curvo, però la mano può servire tuttora benissimo ai lavori di campagna.

Osserv. 9ª — *Carie a diverse ossa del carpo e metacarpo.* — Una ragazza, d'anni 13, in seguito a ferita da punta fattasi ad una mano andava incontro ad un flemmone suppurato che si estendeva lungo l'avambraccio corrispondente. Aperto un ascesso al dorso della mano ne usciva marcia saniosa riscontrandosi la carie della estremità superiore del 1° metacarpo, ed in seguito rilevandosi anche quella del trapezoide, trapezio e scafoide e che vennero facilmente levati. L'ampia cavità rimastane presto granulava, si restringeva e la paziente in tre mesi era guarita, restando al luogo della depressione una sostanza abbastanza solida da non inceppare il movimento delle dita. A qualche mese dopo sortiva ancora una scheggia data dal 2° metacarpo, ma fu cosa di nessun momento.

Osserv. 10.ª — *Patereccio osseo al pollice destro.* — Ad un contadino d'anni 25, in seguito ad una puntura al pollice della mano destra ed a consecutivi strappazzi nel lavorare eragli sopraggiunta una risipola flemmonosa alla mano corrispondente e che passata a suppurazione spontaneamente ulceravasi al luogo della puntura dando luogo alla uscita di copiosa marcia. Esisteva la carie della prima falange del pollice che mostravasi in gran parte staccata dal suo involucro; dilatata quindi l'apertura mediante tanaglia incisiva dividevasi in due porzioni quell'osso e riescivasi ad estrarlo lasciando in luogo il guscio periosteo. Medicavasi dapprima il dito con lavacri fenicati, introduzione nella cavità di filaticcio intriso in glicerina fenicata ed immobilizzazione della

zione si facesse molto attendere tuttavia la si ottenne senza deformità superstite.

Osserv. 15.ª — *Carie alle falangi del dito grosso del piede sinistro.* — Forma soggetto di quest' osservazione un ragazzo di 13 anni, da quasi un anno, portante il dito accennato di un volume considerevole, deforme, rossastro, esulcerato in più luoghi, dolentissimo e gemente molta marcia fetente. Si notava che amendue le falangi erano cariate e vennero estratte previa incisione laterale interna, immobilizzando poi con adatto apparecchio la parte e ripetendo frequenti le medicature detersive. Il dito si riduceva ad un volume al disotto del normale e si accorciava alcun poco, mantenendo per altro forma e struttura abbastanza naturale e permettendo senza alcun inciampo il camminare.

Osserv. 16.ª — *Carie alle ossa del metatarso destro.* — Un contadino, d'anni 66, fino dalla sua giovinezza in seguito a trascurata distorsione, avea nel piede destro dolentatura e continuo sebbene lento incremento nel volume; dopo 20 anni vi si stabilivano varii punti di suppurazione gemente da seni fistolosi. Il piede frattanto aveva acquistato tale volume che la circonferenza attraverso al di lui collo e calcagno misurava 47 centimetri. Le ossa del tarso erano cariate e grandemente guaste, il calcagno era intumidito e così il malleolo interno, sotto il quale si poteva insinuare lo specillo attraverso a seni fistolosi non essendovi dubbio che oltre a pressocchè tutte le ossa del tarso fosse lesa anche porzione dell'estremità inferiore della tibia. Il dottor Parona riflettendo che la pelle del tallone era sana e che risecando a qualche centimetro dell'estremità inferiore della tibia si poteva amputare sul sano si determinava per l'amputazione col processo di Syme, ed il risultato ne fu favorevole guarendo l'ammalato in 45 giorni.

Oltre che in questi casi, il dott. Parona addottava il metodo conservativo in molti altri di scottature, strappature, gangrena od altro ma cercando ajuto negli innesti così detti epidermici applicati secondo le norme indicate da Réverdin e da Porta.

Infine a maggiormente suffragare i risultati della chirurgia conservatrice il dott. Parona, ricorre all'autorità dei più distinti chirurghi, fra i quali gli piace citare, Assalini, Le Dentu, Le Fort, Demarquay, in riguardo alle ferite da taglio inferte sui più svariati tessuti; a Pitha in riguardo a quelle da punta susseguite da conseguenze flemmonose gravi, ed in quelle da stritolamento; a Spillmann, Cortese, Rizzoli, Bonalumi, S. Rulherford Alcook, ed Hancock per quanto si riferisce alle ferite d'arma da fuoco.

Caso di sciatica curato collo stiramento del nervo; del dott. W. Mac-Farlane. M. D. (*Lancet*, luglio 1878).

Allo scopo di portare un contributo alla cura dello stiramento del nervo nella sciatica, metodo tuttora sotto esperimento, riferisce un caso

atoniche trattate con questo mezzo e lo ritiene indicato in tutti quei casi ove si vogliono curare delle ulcerazioni, che non hanno tendenza alla guarigione.

La formola preconizzata da Guillaumet è:

Solfuro di carbonio	gram.	16
Tintura di jodio	goccie	4
Essenza di menta	»	4

Queste due ultime sostanze sono destinate unicamente ad attenuare l'odore realmente nauseabondo del solfuro di carbonio. Se non che tale miscuglio non può mai essere omogeneo; lo strato superiore resta formato di tintura di jodio puro, mentre che l'inferiore è costituito da solfuro di carbonio, per guisa che la medicazione si fa il più delle volte con la sola tintura di jodio. Questo fenomeno è dovuto alla solubilità dell'alcool nel solfuro: fu perciò adoperata la preparazione seguente:

Solfuro di carbonio.	gram.	16
Jodio metallico	»	40

Questo si scioglie perfettamente nel liquido che prende un color violaceo e fa scomparire l'odore del solfuro di carbonio.

Guillaumet per attenuare la volatilità del solfuro consiglia di porre dopo di esso sulla piaga uno strato di polvere inerte, come ad esempio il sottonitrato di bismuto: l'Autore copre la piaga con un pezzo di taffetà impermeabile, che ha il vantaggio di impedire l'evaporazione, senza avere l'inconveniente di formare insieme con la secrezione purulenta della piaga una pasta, come succede quando si adopera la polvere.

Uso delle lamine di piombo contro le varici; del dottor Gabrielli. (*La Salute* e *Gazz. Med. It. Lomb.* 1878, N. 39).

Ai varii mezzi di compressione proposti ed in uso, l'Autore preferisce quella colle lamine di piombo grosse non più di un millimetro ed applicate lungo tutta la lunghezza dei cordoni varicosi mantenendovele a permanenza, od almeno di notte mediante fasciatura circolare. Cita due casi favorevoli, non dicendo per quanto tempo la compressione fatta di notte durò nel primo, accennando al lasso di tre settimane pel secondo; in amendue le vene sarebbersi ridotte e mantenute allo stato normale.

Storia di tre casi di onichia maligna curati col nitrato di piombo, previa anestesia col solfato di morfina; del dott. Cecuato Gaetano, medico municipale di Feltre. (*Morgagni*, giugno 1877).

L'Autore pensando al dolore vivissimo che provoca la polvere di nitrato di piombo sull'ulcera dell'onichia, studiò il modo di risparmiare al paziente il più che fosse possibile questi tormenti: dopo aver passato in rassegna tutti i mezzi e rimedii anestetici, s'appigliava ad una soluzione quasi concentrata di morfina della quale versava alcune goccie sulla

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S. FUBINI

Moleschott — *Sull'acqua contenuta nei tessuti cornei del corpo umano.*
Moleschott — *Sull'accrescimento dei tessuti cornei nell'uomo.*
Rosenthal — *Calorico specifico dei tessuti animali.*
Ferrier, Carville e Duret — *Azione delle correnti elettriche sul cervello.*
Obersteiner — *L'attività motoria della corteccia cerebrale.*
Horvath — *Dell'influenza del riposo e del movimento nei fenomeni della vita.*
Boll, Kühne e Capranica — *Porpora visiva.*
Landolt e Charpentier — *Sensazioni di luce e di colore nella visione diretta ed indiretta.*
Berthold — *Rappresentazione ottica delle ondulazioni, che vengono eccitate per mezzo del telefono.*
D'Arsonval — *Telefono impiegato come galvanoscopio.*
Vulpian — *Azione del sistema nervoso sulle ghiandole sudoripare.*
Drosdoff — *Analisi chimica comparativa del sangue della vena porta e della vena epatica.*
Vierordt — *Dopo quanto tempo si coagula il sangue nello stato di salute.*
Fubini — *Annotazioni sopra sperienze fatte coll'ischemia artificiale.*
Mosso — *Sul polso negativo.*
Mering e Musculus — *Azione dei fermenti della saliva e del succo pancreatico sul glicogeno e sull'amido.*
Fubini — *Annotazioni sopra la saliva parotidea e sopra il sudore.*
Richet — *Sopra l'acido del succo gastrico.*
Gad — *Emulsione del grasso.*
Colasanti — *La formazione dell'acido urico.*
Mosso — *Sopra un metodo per misurare la temperatura dell'orina.*
Dareste — *Ricerche sopra la sospensione dei fenomeni della vita nell'embrione del pulcino.*
Bert — *Azione dell'ossigeno sugli elementi anatomici.*

Sull'acqua contenuta nei tessuti cornei del corpo umano; del prof. MOLESCHOTT.

Mancando nella scienza analisi per determinare la quantità di azoto, che l'accrescimento delle parti cornee nel loro cadere, scagliarsi o ta-

gliarsi, sottrae al corpo umano, l'Autore aveva bisogno di conoscere le proporzioni d'acqua che quelle parti contengono ed osservò che la quantità di acqua nei peli e nelle unghie è abbastanza variabile sempre, ma varia particolarmente colla vicenda delle stagioni.

Per tali ricerche l'Autore cominciava per togliere alla temperatura naturale dell'ambiente fra 11° e 26° C. tutta l'acqua, che in quelle condizioni i peli e le unghie potevano cedere ad una corrente di aria ben essiccata per l'acido solforico concentrato; indi ne scacciava il resto alla temperatura di 120° C. tenendo il tubo essiccatore immerso nel bagno di olio: la prima di queste due porzioni d'acqua è dall'Autore chiamata la *cedevole*, la seconda è acqua *residuale*.

Per essiccare alla temperatura ordinaria i peli, si richiedevano circa 70 ore, per le unghie circa 100 ore, applicando la corrente di aria essiccata. A 120° poi bastavano all'incirca 5 o 6 ore.

La corrente d'aria secca veniva mandata sovra le parti cornee, finchè assolutamente non perdessero più in peso.

Dalle analisi fatte, si riconosce che la media proporzione dell'acqua contenuta nei capelli, nella barba, nelle unghie non mostra che leggiere differenze.

	Capelli	*Barba*	*Unghie*
H_2O	13,14 0[0	12,83 0[0	13,74 0[0.

Sembra che le unghie contengano in media un poco più d'acqua che i peli.

	Media per capelli e barba	*Unghie*
H_2O	12,98 0[0	13,74 0[0.

L'Autore propone di classificare i tessuti secondo il loro grado d'idratazione in tre classi: gli *olighidri* poveri d'acqua, non ne contengono più del 16 0[0, i *mesidri* hanno mezzana idratazione e ne contengono dal 57 al 79 0[0, i *polidri* contengono oltre i 79 0[0 di acqua.

L'Autore ci fornisce quindi la seguente rassegna per la quantità di acqua che si trova in 100 parti dei rispettivi tessuti.

Tessuti olighidri.

Sostanza compatta delle ossa	5,1
Smalto dei denti	5,9
Ossa	9,1
Cemento dei denti	10,0
Dentina	11,9
Peli	13,0
Unghie	13,7
Tessuto adiposo	13,8
Sostanza spugnosa delle ossa	15,9

Tessuti mesidri.

Nervi	57,1
Lente cristallina	58,0
Cartilagine	62,0
Midollo spinale	68,5
Tonaca media delle arterie	69,3
Sostanza bianca cerebrale	71,1
Muscoli	73,5
Fegato	75,5

Tessuti polidri.

Tessuto connettivo	80,0
Cervello	81,4
Reni	83,4
Sostanza grigia cerebrale	85,2
Corpo vitreo	98,2

I tessuti cornei prendono posto fra gli olighidri.

Parrebbe che le unghie ed i peli alla temperatura ordinaria perdano la stessa proporzione di acqua, ma le singole cifre presentano grande varietà.

Sono pure varie le proporzioni di acqua, che ritengono i tessuti cornei dopo essere stati essiccati all'ordinaria temperatura.

Poichè i limiti, nei quali variava la temperatura erano estesi, riesciva utile esaminare se la temperatura dell'ambiente e la quantità di acqua scacciata coll'essiccamento delle sostanze cornee, vadano di conserva, ed in grande ciò risultava. Fra i limiti della temperatura ordinaria le sostanze cornee cedono più acqua all'aria essiccata quando è più calda, ma l'andamento delle temperature e de' residui d'acqua nei peli e nelle unghie è molto irregolare.

Una relazione più sicura si verifica quando le determinazioni della intiera quantità di acqua, che i tessuti cornei contengono, si distribuiscono secondo le stagioni.

Si considerarono solo tre stagioni per lo studio della crescenza dei tessuti cornei, la state cioè, l'inverno e la mezza stagione.

Dalle osservazioni fatte si conosce che tanto i capelli quanto i peli della barba contengono una maggiore proporzione di acqua durante la state, che la mezza stagione, ed in questa più acqua che durante l'inverno.

Per le unghie si trova analoga differenza in vantaggio della state.

La maggiore differenza nella proporzione di acqua fra l'inverno e la state spetta ai capelli, seguono le unghie, in ultimo viene la barba, ma anche per questa la differenza è sensibile in vantaggio della state.

I tessuti cornei dipendono più dal terreno che li nutrisce, che dal-

l'ambiente che li alberga. Il pelo, che sporge alla superficie dell' epidermide non è fusto morto finchè la sua radice attaccata alla papilla del follicolo è in rapporto nutritivo col derma irrorato di sangue. I vasi cutanei d'estate sono più turgidi che d'inverno, il sangue li attraversa con minori ostacoli quindi si capisce il fatto osservato dall'Autore e da Berthold che d'estate i peli e le unghie crescono più rapidamente che d'inverno.

Sull'accrescimento dei tessuti cornei nell'uomo; del prof. Moleschott.

Scopo di queste ricerche fu quello innanzi tutto di esaminare se le sostanze cornee avessero una parte rilevante nell'esportazione dell'azoto dal nostro organismo.

Per valutare in un colpo d' occhio la perdita di azoto dovuta al distacco dei tessuti cornei fino al punto che lo si può esprimere con cifre attendibili, si raccolsero in uno specchietto i seguenti dati: la media produzione giornaliera dei capelli siccome venne dall'Autore determinata per giovani fra 18 a 26 anni; la produzione di barba come venne osservata dal Berthold in uomo di 46 anni; quella delle unghie delle mani verificata in persona di 37 anni, aggiungendovi altrettanto per le unghie dei piedi nell'ipotesi che il loro accrescimento non differisca molto di quello delle unghie nelle mani, e finalmente calcolando la cifra per la perdita in forma d'epidermide colla stregua delle osservazioni sulla rapidità della rigenerazione studiata su uomo di 55 anni.

La produzione giornaliera di barba fu calcolata sulla cifra avuta dal Berthold per un anno intiero, la sostanza cornea contenuta nella barba si calcolò colla scorta delle cifre, che si hanno per la composizione dei capelli.

Rassegna generale della produzione giornaliera dei principali tessuti cornei nel corpo umano in grammi

	Valore immediato	Sostanza cornea	Azoto	Urea corrispondente alla quantità di azoto
Capelli (media per i giovani)	0,2000	0,1640	0,0287	0.0615
Barba (Berthold) 46 anni	0,0460	0,0380	0,0066	0,0141
Unghie delle mani (Moleschott) 37 a.	0,0057	0,0046	0,0008	0,0[illegible]17
Unghie dei piedi (ipotesi)	0,0057	0,0046	0.0008	0,0017
Epidermide	14.3530	12,2000	2,0984	4,4965
Somma	14,6104	12,4112	2,1353	4,5755

L'Autore non crede sia esagerato il valore di 14 grammi in cifra rotonda per la produzione giornaliera di tessuti cornei, che non rimangono nel corpo: ed a questi 14 grammi corrisponderebbero 4,5 grammi di urea, ossia quei 14 grammi di tessuti cornei conterrebbero la proporzione di azoto, che equivale a quella contenuta in 1|7 della media

quantità di urea, che un uomo, che lavora, espelle in 24 ore, colle sue orine. Forse per individui giovani questo valore è troppo basso; perchè l'influenza della gioventù supera quella della state e della mezza stagione nell'aumentare la rapidità, colla quale crescono i tessuti cornei. Infatti l'Autore trovò che fra l'età giovanile e quella matura, l'accrescimento dei capelli variava:

	Fra 32-45 anni		Fra 18-26 anni
da	0,14,	a	0,20 = 100 : 143.

Mentre l'influenza della stagione si esprime coi seguenti valori medj:

	Inverno	*Mezza stagione*	*Estate*	
Capelli	4,30	5,50	5,45	= 100 : 128 : 127
Barba	0,54	0,59	0,66	= 100 : 109 : 122
Unghie	0,131	0,135	0,152	= 100 : 103 : 116

Il progredire degli anni fa diminuire la produzione cornea, l'Autore lo provò su di sè anche nelle unghie: difatti in 24 ore

a 53 anni perdette 5 milligrammi
a 37 » » 5,7 » = 100 : 114.

Riguardo all'epidermide si può credere che in quei casi, in cui cogli anni va crescendo la corpulenza, la sua produzione assoluta debba aumentare quando anche decresca per eguale area della superficie del corpo e forse per un aumento moderato di corporatura i due fattori si neutralizzano in modo che la produzione assoluta di epidermide cresciuta colla mole, decresciuta per l'età dell'individuo, rimanesse per poco la medesima.

Ecco una tabella, che esprime la composizione dei tessuti cornei di estate e d'inverno.

	Capelli		*Barba*		*Unghie*	
In 100 *parti*	*Inverno*	*Estate*	*Inverno*	*Estate*	*Inverno*	*Estate*
Sostanza cornea	84	80	84	81,3	87	83,6
Corpi grassi	4	4	4	4,0	?	?
Cenere	1	1	1	1,0	1	1,0
Acqua	11	15	11	13,7	12	15,4

Quantunque manchino analisi del grasso delle unghie si vede differenza fra l'inverno e l'estate in favore della stagione estiva, siccome risulta dal seguente specchietto.

Produzione netta	In 28 giorni		Rapporto fra
di sostanza cornea	d'inverno	d'estate	l'inverno e l'estate.
Capelli (media)	3,610	4,360	= 100 : 118
Barba	0,450	0,540	= 100 : 120
Unghie	0,114	0,128	= 100 : 112

quantità di urea, che un uomo, che lavora, espelle in 24 ore, colle sue orine. Forse per individui giovani questo valore è troppo basso; perchè l'influenza della gioventù supera quella della state e della mezza stagione nell'aumentare la rapidità, colla quale crescono i tessuti cornei. Infatti l'Autore trovò che fra l'età giovanile e quella matura, l'accrescimento dei capelli variava:

	Fra 32-45 anni		Fra 18-26 anni	
da	0,14,	a	0,20	= 100 : 143.

Mentre l'influenza della stagione si esprime coi seguenti valori medj:

	Inverno	*Mezza stagione*	*Estate*	
Capelli	4,30	5,50	5,45	= 100 : 128 : 127
Barba	0,54	0,59	0,66	= 100 : 109 : 122
Unghie	0,131	0,135	0,152	= 100 : 103 : 116

Il progredire degli anni fa diminuire la produzione cornea, l'Autore lo provò su di sè anche nelle unghie: difatti in 24 ore

a 53 anni perdette 5 milligrammi
a 37 » » 5,7 » = 100 : 114.

Riguardo all'epidermide si può credere che in quei casi, in cui cogli anni va crescendo la corpulenza, la sua produzione assoluta debba aumentare quando anche decresca per eguale area della superficie del corpo e forse per un aumento moderato di corporatura i due fattori si neutralizzano in modo che la produzione assoluta di epidermide cresciuta colla mole, decresciuta per l'età dell'individuo, rimanesse per poco la medesima.

Ecco una tabella, che esprime la composizione dei tessuti cornei di estate e d'inverno.

	Capelli		*Barba*		*Unghie*	
In 100 *parti*	*Inverno*	*Estate*	*Inverno*	*Estate*	*Inverno*	*Estate*
Sostanza cornea	84	80	84	81,3	87	83,6
Corpi grassi	4	4	4	4,0	?	?
Cenere	1	1	1	1,0	1	1,0
Acqua	11	15	11	13,7	12	15,4

Quantunque manchino analisi del grasso delle unghie si vede differenza fra l'inverno e l'estate in favore della stagione estiva, siccome risulta dal seguente specchietto.

Produzione netta	In 28 giorni			Rapporto fra
di sostanza cornea	d'inverno	d'estate		l'inverno e l'estate.
Capelli (media)	3,610	4,360	=	100 : 118
Barba	0,450	0,540	=	100 : 120
Unghie	0,114	0,128	=	100 : 112

la cui eccitazione elettrica, è senza influenza apprezzabile sopra il resto del sistema muscolare. Sorsero fra i dotti dubbi sulla esattezza dei fatti segnalati, ma Carville e Duret hanno verificato giustissime le asserzioni di Ferrier. Essi, studiando su scimmie e su vertebrati delle classi inferiori, traggono questa conclusione generale, che esistono alla superficie delle circonvoluzioni cerebrali dei punti speciali, la cui eccitazione per mezzo di correnti elettriche deboli determina movimenti perfettamente locali e distinti. L'esistenza in questi punti della sostanza grigia non è necessaria per ottenere gli effetti indicati, perchè i fenomeni prodotti dall'elettricità applicata, si manifestano nel medesimo modo dopo l'ablazione e disorganizzazione di questa sostanza. Essi trovarono ancora che la sezione delle fibre della sostanza bianca, che uniscono una di queste porzioni dello strato corticale al mesencefalo, rende questa porzione inetta a provocare dei movimenti quando la si eccita galvanicamente. Si deve inoltre notare che l'eccitazione elettrica della corteccia grigia del cervello non è seguita da alcuna contrazione muscolare negli animali, che furono anestetizzati profondamente per mezzo del cloroformio, dell'etere o del cloralio.

L'attività motoria della corteccia cerebrale; del dott. OBERSTEINER. (*Wiener med. Jahrb.* 1878).

L'Autore accetta completamente l'idea di considerare dei centri psicomotori nella corteccia del cervello — poichè si dimostrò che partono da essa alcune fibre motorie — L'osservazione di Schiff che i movimenti dei muscoli per l'eccitamento di quei punti avvengono molto più tardi che dopo l'eccitamento dei semplici nervi di moto, trova spiegazione nel fatto delle interruzioni, che si verificano spesso traverso le cellule ganglionari, che si suppongono traversare quella strada.

L'Autore non crede sia vero si ristabiliscano le funzioni dopo l'estirpazione completa di quei determinati centri. Dice avere conigli, che presentano le lesioni conosciute quantunque sopravvivano da un anno dopo l'operazione.

Negli animali riesce più facile di eccitare i centri, che muovono le estremità anteriori di quelli che servono per le posteriori.

Nel cane l'Autore avrebbe trovato un centro particolare per il movimento della coda.

Dell'influenza del riposo e del movimento nei fenomeni della vita; del dott. HORVATH. (*Comptes Rendus*, 1878)

L'Autore crede di poter dimostrare l'esistenza d'una nuova condizione, non ancora segnalata fino ad ora, ma necessaria alla vita degli esseri organizzati, che potrebbe formolarsi in questo modo: lo sviluppo o la moltiplicazione degli elementi, che costituiscono gli esseri viventi esige un certo riposo.

L'Autore fece le sue esperienze sui batterii, che pose in appositi tubi di vetro, che contenevano un liquido favorevole alla loro moltiplicazione; questi esperimenti hanno dimostrato che nel liquido dei tubi

secondo Capranica sono insolubili nell'acqua, nelle soluzioni alcaline, acide e nelle neutre; invece sono solubili nell'alcool, etere, cloroformio, benzina e solfuro di carbonio.

Le soluzioni alcooliche sono gialle, quelle col solfuro di carbonio sono rosse e queste soluzioni all'esame spettroscopico mostrano notevoli differenze.

Dal Capranica si osservò essere grande analogia della sostanza colorante della retina colla luteina, anzi la luteina degli ovari della rana è alla luce ancora più sensibile della sostanza colorante gialla del pigmento retinico

Ewald e Kühne credono che la formazione e la rigenerazione del colore retineo consistano in un processo fisico-chimico indipendente dagli atti vitali. La rigenerazione del porpora essi credono doversi solo all'epitelio pigmentale; se rimane aderente alla retina estratta dell'occhio, è ritardato lo scoloramento dei bastoncini effettuati dalla luce e questo avvenuto, rigenera il colore primitivo. Tale azione rigeneratrice è meno energica quando l'epitelio rimase al suo posto naturale nel fondo dell'occhio. Invece l'epitelio vivente può ridare la tinta purpurea a retine morte rammollite e lavate in soluzioni saline.

Quando la retina è scolorita dalla luce fuori dell'occhio, passa per il giallo e pel rosso prima di ridivenire porpora; se la retina è scolorata dalla luce nell'animale vivo, subisce la trasformazione in lilla ed in rosa.

Kühne ed Ewald combattono l'uffizio che, secondo Boll e Capranica, eserciterebbero le goccioline delle cellule epiteliari nel produrre la porpora retinea.

La porpora visiva non è necessaria al compimento della funzione visiva e Kühne lo prova perchè le rane veggono bene subito dopo d'essere state esposte a lungo all'insolazione quando i bastoncini per effetto della luce viva sarebbero stati scolorati.

Riguardo al colore rosso che presenta il fondo dell'occhio all'esame oftalmoscopico sembra che il colore delle coroidi ed il rosso retinico si combinino fra loro per produrre la tinta rossa. Da esperienze di Kühne si direbbe che la parte dovuta al porpora retinico nel coloramento rosso del fondo oculare sia ben piccola.

Boll collocando una rana avvelenata col curare in faccia a stretta fessura luminosa, vide sezionando l'occhio, essere la retina divisa in due metà colorate da una faccia incolora.

Kühne servendosi di luce moderata fatta cadere in punto assai limitato, ottenne ottogramma irreprensibile. Ebbe degli ottogrammi distinti nella rana avvelenata col curare servendosi di lamina di vetro opaca, attraversata da fascie nere equidistanti e rischiarata dalla luce diffusa del giorno. Dopo una o due ore le parti rischiarate dalla retina sono scolorate dalla luce. I bastoncini aumentano di spessore e strozzano gli uni cogli altri i prolungamenti pigmentali, che si separano con facilità

Telefono impiegato come galvanoscopio; del dottor D' Arsonval. (*Comptes Rendus*, 1878).

Il telefono è uno strumento d'una sensibilità squisita. D'Arsonval fece con esso degli studj di confronto col nervo, che è il reattivo più sensibile all'elettricità. Il telefono il più malamente costruito è almeno cento volte più sensibile del nervo per svelare deboli variazioni elettriche ed ecco in qual modo si fa l'esperienza: si abbia un preparato di rana alla Galvani: coll'apparecchio in islitta d'induzione di Siemens e Halske si eccita colla pinza ordinaria il nervo ischiatico e si allontana il rocchetto indotto fino a che il nervo non risponda più all'eccitazione elettrica. Si rimpiazza il nervo col telefono, e la corrente indotta, che non eccitava più il nervo, *fa vibrare con forza il telefono*. Gli si allontana il rocchetto indotto ed il telefono continua a vibrare. Nel silenzio della notte si può sentire vibrare il telefono allontanando il rocchetto indotto ad una distanza quindici volte più grande che quella del minimum d'eccitazione del nervo; per conseguenza, se si ammette per l'induzione, come per le azioni a distanza, la legge degli inversi dei quadrati della distanza, si vede che il telefono è almeno duecento volte più sensibile del nervo.

L'uso di queste deboli correnti d'induzione è comodissimo per regolare il telefono; si allontana o si avvicina la calamita fino a tanto che la vibrazione sentita sia al maximum.

Si possiede nel telefono uno strumento d'una sensibilità squisita. È come lo si vede molto più sensibile che la zampa galvanoscopica. D'Arsonval pensò di farne un galvanoscopio. Le correnti muscolari e nervose non si studiano che molto difficilmente col galvanometro di 30,000 giri di Du Bois-Raymond, perchè l'apparecchio manca d'istantaneità e l'ago, a causa della sua inerzia, non può manifestare variazioni elettriche succedentisi rapidamente, come quelle che hanno luogo, p. es., nel muscolo allorchè lo si tetanizza. Questo inconveniente sparisce usando il telefono, che risponde sempre con una vibrazione ad un cangiamento elettrico, per quanto sia rapido. È dunque un eccellente strumento per studiare il tetano elettrico. La corrente muscolare ecciterà il telefono, perchè questa corrente eccita il nervo che è meno sensibile del telefono. L'istrumento richiede alcune disposizioni speciali. D'Arsonval ha fatto con questo mezzo una serie di esperienze sopra l'elettricità animale.

Il telefono, è vero, può servire solamente a constatare le variazioni d'una corrente elettrica per quanto deboli esse siano; l'Autore sullodato ha trovato il mezzo di verificare, col suo intermezzo, la presenza d'una corrente continua, per quanto debole possa essere, e riuscì impiegando un artifizio semplicissimo. Lancia nel telefono la corrente supposta, e, per ottenere variazioni, interrompe meccanicamente questa corrente con un diapason. Se nessuna corrente attraversa il telefono, l'istrumento resta muto, se, al contrario, la più debole corrente esiste, il telefono vibra all'unissono col diapason.

Il telefono è di tutti i galvanoscopii il più sensibile per svelare la presenza, sia di deboli variazioni elettriche, sia di deboli correnti continue.

Azione del sistema nervoso sulle ghiandole sudoripare; del dottor Vulpian. (*Comptes Rendus*, 1878).

L'Autore studiando l'influenza del jaborandi e dell'atropina sulla secrezione della saliva e del sudore credette poter asserire che le ghiandole sudoripare sono sottomesse, come le salivari a due influenze nervose antagoniste, l'una eccitosecretoria e l'altra moderatrice ed attribuisce ciascuna di queste due azioni a fibre nervose differenti. Suppose poi che gli elementi eccitosecretori sono contenuti nei nervi provenienti direttamente dal midollo spinale, mentre che gli elementi moderatori provengono dai nervi simpatici.

Nuovi fatti sperimentali sono stati scoperti da Kendall e Luchsinger, che gettarono nuova luce sulle relazioni fisiologiche tra le ghiandole sudoripare ed il sistema nervoso, perciò l'Autore ripetè le nuove esperienze di coloro che avevano trovato che l'eccitazione elettrica del segmento inferiore del nervo sciatico tagliato provocava una abbondante secrezione sudorale nei polpastrelli delle dita del membro posteriore corrispondente. È soprattutto sui gatti che questa esperienza dà i risultati più spiccati. Effetti simili si ottenevano allorchè si faradizzava l'estremo periferico del nervo cubitale e specialmente del mediano nei membri anteriori.

I detti nervi dunque esercitano sopra le ghiandole sudoripare una influenza eccitosecretoria ed agiscono, per conseguenza, sopra queste ghiandole come le fibre della corda del timpano sopra le ghiandole salivari sottomascellari.

Luchsinger osservò ancora, che, quando uno dei nervi sciatici del gatto è tagliato: le eccitazioni generali dell'animale, l'injezione d'acqua alla temperatura di 45° in una vena giugulare, il soggiorno in una scatola riscaldata, l'asfissia, provocano l'apparizione di goccie di sudore sopra i polpastrelli delle dita di tutti i membri, eccettuati su quelli del membro, in cui il nervo venne sezionato. La medesima cosa si osserva sotto l'influenza della faradizzazione dell'estremo superiore del nervo sciatico tagliato.

Donde vengono le fibre nervose eccitatrici del sudore? Ecco la questione che si fece l'Autore perchè non gli pareva abbastanza giusta l'origine che ad esse dava Luchsinger, il quale diceva, riferendosi al nervo sciatico, che a questo nervo le fibre eccitatrici del sudore sarebbero condotte dai filetti del grande simpatico addominale e nascerebbero dai quattro primi nervi lombari e dai due o tre ultimi nervi dorsali.

Volle perciò nelle sue ricerche procedere ad una verificazione diretta.

Sopra gatti curarizzati e sottomessi alla respirazione artificiale, sezionava il cordone addominale simpatico del lato sinistro, a livello della quarta vertebra lombare. Sotto l'influenza di questa sezione dopo un tempo d'anemia, che non dura che alcuni minuti, si produce una con-

gestione manifestissima dei polpastrelli digitali del membro posteriore corrispondente; queste parti tuttavia restano secche. Si lasciano trascorrere alcuni minuti per assicurarsi che alcuna secrezione di sudore riconoscibile alla vista od al tatto non si produca; poi si faradizza il segmento periferico o lombo-pelvico del cordone addominale simpatico. Si vedono quasi subito i polpastrelli digitali impallidire in modo notevole; quest'anemia per restringimento dei vasi tocca il suo maximum in venti, trenta secondi. Per l'ordinario non vi ha nel medesimo tempo veruna produzione di sudore sopra queste parti: qualche volta tuttavia quando si faceva uso d'una corrente indotta molto energica, si vedevano fine goccioline di sudore apparire sopra i polpastrelli digitali del piede posteriore sinistro. Ma basta allora, ripetendo le esperienze, diminuire l'intensità della corrente per non osservare che fenomeni di restringimento vascolare, senza produzione di sudore. Si può quindi ammettere come cosa possibile che il cordone addominale simpatico contenga alcune fibre eccitanti il sudore, che ci manifestano solamente la loro azione quando sono faradizzate energicamente.

Sopra il medesimo animale (giovane gatto) si tagliava il nervo sciatico del medesimo lato, dopo aver fatto questi esperimenti: la congestione dei polpastrelli digitali aumentava ancora. Si faradizzava allora il segmento periferico di questo nervo colla medesima corrente, che non aveva prodotto alcun effetto di sudore: se si eccitava il segmento pelvico del cordone addominale simpatico, si vedevano sorgere bentosto, dopo quattro o cinque secondi, fine goccioline di sudore da tutti i punti dei polpastrelli digitali in meno di venti, trenta secondi; la superficie di questi era coperta d'uno strato di sudore. Si può quindi conchiudere che le fibre eccito-sudorali contenute nel nervo sciatico non provengono tutte dal midollo spinale coll'intermezzo del grande simpatico addominale.

L'Autore si fece poi la domanda se il cordone addominale del grande simpatico non contenesse fibre moderatrici della secrezione del sudore. Questo cordone potrebbe allora essere ravvicinato completamente, sotto questo rapporto, al cordone cervicale simpatico.

I risultati della sezione del cordone addominale simpatico, non sono identici a quelli della sezione del cordone cervicale, perchè in quest'ultima noi abbiamo produzione abbondante di sudore sul lato corrispondente della testa e del collo. Questa differenza scomparirà se noi ammettiamo che la potenza delle fibre eccito-secretorie contenute nel nervo sciatico supera quella delle fibre moderatrici che fanno parte del cordone simpatico addominale.

L'Autore ritiene questa spiegazione molto verosimile, appoggiandosi sopra certi dati sperimentali. Egli vide nel modo più chiaro, dopo la sezione del grande simpatico addominale sopra un gatto eterizzato, che i polpastrelli digitali del piede posteriore corrispondente sono stati più

bagnati di sudore per alcune ore dopo lo svegliarsi dell'animale che quelle del piede opposto. Sopra un altro gatto giovanissimo curarizzato e sottomesso alla respirazione artificiale, sopra il quale si era tagliato il cordone simpatico addominale del lato sinistro ed il nervo sciatico del medesimo lato, si è esaminato dapprima la rapidità e l'abbondanza del sudore prodotto sopra i polpastrelli digitali del membro posteriore sinistro colla faradizzazione del segmento periferico del nervo sciatico. Poscía dopo aver bene asciugato queste parti, e dopo aver aspettato alcuni minuti, si è faradizzato simultaneamente questo segmento e l'estremo pelvico del cordone addominale simpatico. Si produsse ancora del sudore sui polpastrelli digitali del piede corrispondente, ma certamente con minor rapidità ed abbondanza che quando si faradizzava solamente lo sciatico.

L'Autore fece ancora l'esperienza in altre condizioni. Egli ha tagliato il cordone addominale simpatico sinistro sopra un gatto, nella cui vena giugulare aveva injettato un po' prima alcuni centimetri cubici di una infusione molto forte di foglie di jaborandi. Il sudore fu più abbondante sui polpastrelli digitali del lato sinistro che su quelli del lato destro. Dopo aver asciugati con cura i piedi dell'animale, il sudore si è riprodotto più rapidamente dal lato della sezione che dall' altro lato. Dopo una ventina di minuti, durante i quali non si era osservato l'animale, lo si trova moribondo: i polpastrelli digitali del membro posteriore sinistro sono coperti d'uno strato di sudore, mentre che quelli di tutti gli altri membri sono appena madidi.

In un altro gatto, sopra cui si era sezionato due giorni prima il cordone addominale simpatico del lato sinistro, l'injezione sottocutanea di 0gr.,005 di cloridrato di pilocarpina non ha provocato che un debole sudore, durante il quale i polpastrelli digitali del membro posteriore sinistro erano più umidi che quelli del membro posteriore destro.

L'Autore studiando l'azione del sistema nervoso sulla produzione del sudore, ammette, come Luchsinger e Nawrocki dei centri midollari presiedenti alle azioni sudorali localizzate; ed un centro bulbare che serve per le azioni sudorali generali, per quelle, che si producono, ad es., nei fenomeni di distribuzione termica, nei casi di sudori morbosi estesi, nelle diaforesi terapeutiche, ecc...

Conchiude poscia che le ghiandole sudoripare, come le salivari, hanno due sorta di fibre antagoniste fra loro, le eccitatrici che provengono direttamente da centri bulbo-midollari, e le moderatrici provenienti dai medesimi centri, ma indirettamente, per l'intermedio del grande simpatico.

Analisi chimica comparativa del sangue della vena porta e della vena epatica; del dott. Drosdoff. (*Zeitschrift für physiologischen Chemie*, 1 Band).

Per l'esatta conoscenza delle funzioni del fegato è utile lo *studio* chimico delle due specie di sangue.

Simon nel 1840 già aveva cominciato tale ricerca sul sangue di cavallo tratto dai vasi corrispondenti

Lehmann ed altri ancora ripresero queste ricerche.

Essendo discrepanza fra i risultati ottenuti da diversi esperimentatori, l'Autore si diede a rifare tali analisi chimiche nel laboratorio di Strasburgo, seguendo i metodi di Hoppe-Seyler.

Le ricerche si fecero sui cani, nutriti con carne, pane e latte tre o quattro ore prima di raccorre il sangue. Si paragonava il sangue tratto della vena porta e della vena epatica dello stesso animale mentre era ancora vivo: si praticarono quattro analisi.

Per avere uno specchietto comparativo facciamo la media delle singole osservazioni dell'Autore.

	Sangue tratto	
	dalla vena porta	*dalla vena epatica*
Sostanze solide . .	23,gr·997	22,gr·815
Colesterina . . .	0,0887	0,3405
Lecitina . . .	0,1103	0,2414
Grassi	0,5039	0,0846
Fosfato sodico . .	0,0524	0,0412
Carbonato sodico . .	0,0461	0,0431.

Dopo quanto tempo si coagula il sangue nello stato di salute; del dott. Vierordt. (*Arch. d. Heilk.*, XIX, p. 198).

Il metodo usato dall'Autore fu il seguente.

Facendo puntura con ago o con lancetta sulla pelle previamente bene pulite si ottengono goccie di sangue di moderata grandezza che si fanno penetrare in tubo capillare di 1 millim. di diametro. In questo tubo si comincia a mettere una setola di cavallo, che per il coagularsi del sangue, sta rinchiusa nel coagulo. Tirandola fuori, si riconosce quando si fece il coagulo. Si tien conto di questo tempo del pari che del momento della sortita del sangue; l'intervallo ci indicherà il tempo necessario alla formazione del coagulo.

Da 262 osservazioni dell'autore si riconobbe che in media occorrevano 9,28 minuti per farsi il coagulo, quasi il tempo indicato da Nasse, che dice esser di 10 minuti. Si osserva ritardo dopo l'uso del vino. Il sangue venoso ottenuto dopo l'allacciatura del dito coagula più rapidamente. La differenza di coagulo col sangue arterioso è in media di 3 minuti. Vide invece accelerarsi il tempo dopo che gli animali furono dissanguati o resi affamati,

Annotazioni sopra esperienze fatte coll'ischemia artificiale; del dottor Fubini.

Le esperienze furono fatte colla cooperazione del sig. Bono studente di medicina, giovine robusto sui 20 anni, sul quale si fecero gli studj.

Si praticava l'ischemia artificiale sul braccio ed avambraccio ora estro ed ora sinistro.

Tra mano ed avambraccio in condizioni normali e mano ed avambraccio resi ischemici con la fasciatura di Silvestri-Esmarch, la differenza di volume fu di 62 centimetri cubici di acqua alla temperatura 30°-35° C.

La tolleranza dell'ischemia nell'arto potè protrarsi fino a 30'-35' e in casi eccezionali fino a 45'.

L'abbassamento di temperatura della mano ed antibraccio resi ischemici, può calcolarsi in media di circa 4 gradi centigradi.

Man mano si prolunga l'ischemia, diminuisce la temperatura dell'arto ischemico, a tal punto che dopo 25' può discendere di circa 7° C. si ha invece aumento di temperatura dell'altro arto illeso, che può salire ad uno o due decimi di grado.

Cessata l'ischemia, diminuisce la temperatura del lato intatto anche di 3 o 4 gradi centigradi, cresce invece la temperatura della parte, che era ischemica, finchè dopo circa 50' si ristabilisce la temperatura, che si aveva prima dell'esperienza.

L'arto ischemico perde rapidamente la sensibilità tattile e l'algesia, meno rapidamente la facoltà di distinguere la temperatura, anzi la ischemia del braccio non si potè prolungare a sufficienza sull'individuo, su cui si sperimentava, per verificare l'inefficacia degli eccitamenti termici.

La sensibilità tattile si misurò con un compasso di spessore simile a quello di Siewking, le cui punte terminali erano d'osso, assai bene levigate, che potevano perfettamente combacciare l'una all'altra: estesiometro, col quale si leggevano facilmente le distanze di mezzo millimetro delle punte.

Per l'algometria si usava la corrente d'induzione, che proveniva da un apparecchio in islitta del Du Bois Reymond.

Per le ricerche sulla sensibilità termica si empivano due tubetti di assaggio chimico con acqua. Si chiudono i tubetti con tappi di caoutchouc, nel cui centro passa il bulbo d'un termometro, che pesca nel liquido. Colle differenti temperature dei due tubetti si misurava la sensibilità termica delle parti.

L'anestesia e l'analgesia appajono più presto alla periferia che alla parte centrale dell'arto, reso ischemico artificialmente.

La forza muscolare dell'arto toracico, esaminata col dinamometro di Regnier, ci indica che dopo 20', è incominciata l'ischemia, l'attività muscolare della mano è quasi la metà di quella, che era nelle condizioni normali.

Mano ed avambraccio, resi ischemici, emettono una quantità di anidride carbonica minore, che quando sono in condizioni fisiologiche e questo in un rapporto, che può calcolarsi come 100 : 148.

Sul polso negativo; del prof. Mosso.

Nella sistole del cuore il sangue viene cacciato fuori della cavità del torace.

Per questo fatto succede nel torace una specie di vuoto, si genera

in altre parole nella cavità toracica una pressione negativa, che corrisponde al momento di escita dell'onda sanguigna a traverso l'aorta.

I polmoni che circondano il cuore, nel momento in cui questo diminuisce di volume, dilatandosi per occupare il posto lasciato vuoto dal medesimo, producono rarefazione dell'aria contenuta nella trachea e nel naso, rarefazione la quale si manifesta con leggera inspirazione.

Il Mosso per analizzare questi fenomeni incominciò col determinare la velocità con cui si trasmette il movimento dell'aria nei polmoni dopo una scossa data al torace, servendosi di un diapason, che scriveva i centesimi di secondo sopra un cilindro affumicato rotante.

Egli trovò che dal momento, in cui si dà un leggiero colpo colle dita in corrispondenza del 5° spazio intercostale destro trascorre un centesimo di secondo prima che si manifesti nelle narici la leggiera espirazione che corrisponde alla depressione subita dai polmoni.

In una seconda serie di sperienze trovò che trascorrono da 10 ad 11 centesimi di secondo dal momento, in cui si percepisce il principio della sistole nel 5° spazio intercostale e quello, nel quale incomincia la pulsazione della carotide.

Queste due sperienze erano necessarie per analizzare il tracciato delle variazioni della pressione dell'aria contenuta nelle narici e quindi nei polmoni.

Il metodo tenuto da Mosso per studiare quelle variazioni nelle narici è quello impiegato da Ceradini. Si tratta di chiudere una narice e mentre la glottide rimane aperta ed il torace è immobile, di mettere l'altra narice in comunicazione per mezzo di un tubo con un tappo di Marey, che scriva su cilindro girante.

In queste condizioni se si scrive contemporaneamente il tracciato della pressione dell'aria nelle narici ed il polso nella carotide, si trova che si produce una leggera inspirazione nel momento, in cui il cuore battendo contro la cavità del torace, solleva nel principio della sistole le costole.

La differenza, che intercede fra l'istante, in cui comincia la sistole e quello in cui principia l'inspirazione è di 1 0|0 di secondo ma poco dopo l'inspirazione diventa rapidamente più profonda nel momento, che corrisponde al polso delle carotidi, perchè il sangue escito dalla cavità del torace vi produce un vuoto più grande.

A questi due movimenti inspiratori, che si susseguono, il Mosso diede il nome d'inspirazione cardiaca.

Il tracciato della narice, che corrisponde alla così detta inspirazione cardiaca è una curva, che si trova in opposizione col polso carotideo abbassato.

La curva delle narici, che corrisponde al polso delle carotidi ha ricevuto il nome di *polso negativo* delle narici. Si può poi scrivere il polso *positivo* delle narici, che si vede essere eguale al polso delle carotidi quando, lasciando tutto in posto, l'individuo su cui si sperimenta, chiude

la propria laringe. In questo ultimo caso l
più rarefatta dai cambiamenti di volume d
dificata dal polso delle arterie, che stanno
tracciati ottenuti in tali condizioni mostrai
del polso positivo delle narici e quelle dell
carotidi appare 1 0[0 di secondo prima del

Polso negativo addominale. — Osservand
nell'uomo un forte movimento pulsatorio
cuore, intorno cui si emisero opinioni del

Il Mosso scrivendo contemporaneamente
dell'antibraccio e delle carotidi, trovò ch
sistole cardiaca, ma bensì nel momento in
cavità del torace succede una depressione
cidenza dimostra che il vuoto prodottosi
uscita dell'ondata sistolica è capace di soll
bassare le pareti dell'addome.

Queste osservazioni servono per spiegar
avevano finora avuto secondo l'Autore dell
corderemo fra le altre quelle del polso del

Le curve ottenute dal medesimo sono
dal Mosso nello stato normale sull'addome

La difficoltà incontrata dai clinici nell
del fegato, dove si trovava costantemente
principio della salita ed una rapida diastol
che tali curve sono immagini rovesciate d

Polso negativo toracico. — La diminuzi
vità del torace nel momento, in cui esce l'
che non bastando a colmare il vuoto prodo
trachea ed il sollevarsi del diaframma, si
ed appare sincrono col polso carotideo un
quale fenomeno il Mosso diede il nome di

È questo fenomeno, che si osserva frequ
gre anche in corrispondenza del 5° spazio

Questo fenomeno coincide coll'uscita de
race e non già colla sistole del cuore.

Polso negativo delle vene giugulari. —
la sistole del ventricolo sinistro che vedem
rarefazione dell'aria nelle narici, di sollevar
il torace, questa forza aspira il sangue da
cuore: infatti il polso negativo delle vene
servasi spesso in persone sane. Si hanno
dimostrò che nell'istante, in cui si accascia
svuotamento ossia una depressione delle ve

La verità della dottrina del polso negati
tria e della identità dei tracciati presi in d

Il tracciato del polso negativo della giugulare è così somigliante al tracciato del polso negativo toracico, che non possono distinguer-i fra di loro. La ragione della similitudine si deve cercare nell'identità della causa.

Il Mosso nell'edizione tedesca di questa sua memoria dimostra come la dottrina del polso negativo ha messo in evidenza un nuovo fattore nel meccanismo della circolazione sanguigna.

La pressione negativa, che si produce nella cavità del torace per effetto dell'escita di un' ondata sistolica produce un'aspirazione del sangue dalle vene e favorisce la diastole dell'orecchietta destra.

Si era sostenuto fino ad oggi che nel polso delle vene giugulari si manifestano i movimenti dell' orecchietta destra per modo che si produce un rigurgito durante la loro sistole ed una depressione delle giugulari nella diastole.

Dalle indagini del Mosso risulta che il polso delle giugulari non dipende da questa causa ma da un' aspirazione, che fa sentire la sua influenza su tutti i punti della cavità del torace, da una forza cioè che impera di gran lunga tutto quanto può atti: ·irsi alla diastole della orecchietta.

Azione dei fermenti della saliva e del succo pancreatico sul glicogeno e sull'amido; dei dottori MERING e MUSCULUS. (*Zeitschrift für Physiologische Chemie*, 1 Band).

Dubrunfaut nel 1847, asserì che per azione dell'orzo fermentato sull'amido lo zucchero che ne deriva non è glucosio, ma invece è maltoso. Il maltoso ha cristalli bianchi, fini, aghiformi, la cui formula è



$$C_{12} H_{22} O_{11} + H_2 O.$$

Il maltoso ha potere rotatorio tre volte maggiore del glucosio.

Facendo bollere il maltoso in soluzione a lungata acida il maltoso convertesi in glucosio. È il maltoso corpo intermedio fra destrina e glucosio.

Da sperienze fatte dagli Autori si dedusse che la saliva converte l'amido od il glicogeno in destrina ed in maltoso, non produce glucosio.

Il fermento del succo pancreatico cambia l' amido ed il glicogeno in destrina, maltoso ed in glucosio.

Annotazioni sopra la saliva parotidea e sopra il sudore; del dottor FUBINI.

L'esperienze furono fatte col sig. Ansermino studente di medicina, servendosi dell'estratto di jaborandi.

Le conclusioni che si ebbero da questo studio sono le seguenti:

L'estratto di jaborandi, allo stato sciropposo, è facilmente solubile in una miscela di glicerina ed acqua.

L'injezione sottocutanea dell'estratto di jaborandi non produce fenomeni irritativi.

L'injezione sottocutanea di un centigrammo dell'estratto di jaborandi promuove la ipersecrezione della ghiandola parotidea con un' attività

lium, e Raja insegnò che il succo gastrico di questi animali ha un' acidità considerevole, molto superiore a quanto conosciamo nei vertebrati poichè questa acidità è in media eguale a 10 od a 15 grammi in peso di acido idroclorico per 1000 grammi di acqua.

La dose del cloro totale e delle basi (potassio, sodio, calcio) contenuta in questo succo gastrico dimostra che vi ha del cloro libero, non saturato dalle basi.

Questo fatto che Schmidt aveva dimostrato per il succo gastrico dei mammiferi, è dunque un fatto generale che s'estende anche ai pesci.

Così in un caso, il peso del cloro totale essendo di 3,932, il peso del cloro combinato colle basi, supponendo che tutte queste basi fossero allo stato di cloruri, non era che di 1,95.

Per via di sintesi si può riprodurre la combinazione fra l'acido cloridrico e le sostanze contenute nello stomaco.

Si prende la mucosa del ventricolo di vitello, lavatala con cura coll'acqua fredda, la si fa infondere nell'acqua tiepida contenente dell'acido cloridrico, l'infusione filtrata avrà i medesimi caratteri che il succo gastrico e non decomporrà più gli acetati come farebbe l'acido cloridrico in soluzione acquosa.

Trattando questo liquido col nitrato di argento per eliminare l'acido cloridrico, poi coll'idrogeno solforato, e dopo evaporato, se si tratta con alcool assoluto bollente, si ottengono sostanze cristallizzabili, fra le quali è facile riconoscere delle quantità notevoli di tirosina e di leucina.

L'Autore crede dimostrare che l'acido cloridrico del succo gastrico si trova allo stato di combinazione colla tirosina, colla leucina e forse con altre sostanze analoghe, cioè il succo gastrico contiene in realtà un sale formato da una base debole, derivata dalle materie albuminoidi, sale che esiste nell'acqua in parte non decomposto ed in parte in forma di leucina ed acido libero.

Emulsione del grasso; del dottor GOD. (*Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1878).

È opinione generalmente accettata che per aversi un'emulsione sia necessario che una forza meccanica esterna produca la penetrazione del mestruo che contiene l'emulgente coll'*emulgendum*. V' hanno condizioni in cui il solo contatto d'un grasso purificato degli acidi grassi liberi produce con un liquido alcalino un' emulsione molto fina ed omogenea. Si dimostra questo modo di emulsionare in una goccia d' olio di fegato che sia trattata con una soluzione di soda al 4 0{0 anche senza alcuna agitazione.

Grasso emulsionato presenta movimenti amibiformi.

L'olio di fegato possiede un alto grado di acidità. I grassi, i cui acidi formano saponi difficilmente solubili danno per il loro debole grado di acidità buone emulsioni. Noi usiamo i grassi per istinto notevole, per lo più con sal di cucina, che quando è sufficientemente allungato aumenta la emulsionabilità dei grassi acidi nella soluzione di soda allun-

distanza di circa un centimetro e mezzo del corpo del matraccio. In una apertura fissavasi con un tappo di sughero un termometro diviso in decimi di grado e la sua bolla trovavasi nel mezzo del matraccio. Per evitare la dispersione del calore si avvolse il matraccio con cartone cardato e si rivestì con palle di gomma in modo però che non potesse penetrare il liquido sullo strato di cotone quando venisse a traboccare. L'istrumento può chiamarsi urotermometro.

Prima di ogni determinazione si legge la temperatura della sua cavità. Lo si empie poscia di urina. Si legge poscia la temperatura.

Ricerche sopra la sospensione dei fenomeni della vita nell'embrione del pulcino; del dott. Dareste. (*Comptes Rendus*, 1878).

Harvey aveva osservato che allorquando si apre un uovo dopo tre giorni d' incubazione, i battiti del cuore, dapprima molto frequenti, si rallentano, poi cessano, quindi riappaiono dopo un certo tempo d'arresto. Ripetendo l'esperienze di Harvey l'Autore osservò dapprima che l'intiero arresto dei battiti del cuore è sempre preceduto dall'arresto di circolazione. Vide che il contatto dell'acqua tiepida fa riapparire i battiti anche molti giorni dopo la loro cessazione completa, ma la frequenza e la forza di essi sono tanto più spiegati quanto più l'arresto e stato poco lungo. Havvi un momento in cui l'orecchietta sola è capace di contrarsi. Dopo cinque giorni non potè più rivedere i movimenti del cuore.

La riapparizione dei battiti si ha pure se invece di metterli in contatto coll'acqua calda si pongono di nuovo nella chioccia. Osservò ancora, che nelle uova ritirate dalla chioccia da due giorni e rimesse in incubazione l'evoluzione si ristabiliva e riprendeva il suo corso normale. In tutte queste uova la circolazione si arrestava, ed i battiti del cuore erano considerevolmente rallentati oppure completamente cessati. Per assicurarsi ne ruppe alcune che aveva sottoposte alle medesime condizioni. Per evitare ogni causa d'errore, che poteva prodursi durante il distacco del blastoderma, toglieva la parte del guscio che ricopriva l'embrione, che osservava poi a traverso la membrana vitellina rischiarandolo per mezzo d'uno specchio ed osservandolo colla lente. Da queste osservazioni potè dire con certezza, che i fenomeni fisiologici dell'embrione dopo tre giorni d'incubazione consistono solo nell'evoluzione e nella circolazione dell'area vascolare. Siccome all'epoca in cui osservò questi fatti l'embrione era già pressochè formato, così non potè ottenere per casi teratogenici che fenomeni di celosomia spettanti alla assenza delle pareti addominali. La ripresa dell'evoluzione non si è riprodotta in quelle uova che erano state ritirate da tre o quattro giorni, in esse si ebbe solo riapparizione dei battiti cardiaci, che sparirono ben tosto, cioè di lì a due o tre giorni. Probabilmente, aggiunse l'Autore in ultimo, questi fatti si produrrebbero in altro modo nella primavera e nell'estate e l'arresto completo dei battiti sarebbe molto più tardivo.

Azione dell'ossigeno sugli elementi anatomici; del dottor Bert. (*Comptes Bendus*, 1878)

L'Autore riferisce il risultato delle ricerche fatte per constatare l'azione tossica dell'ossigeno ad alta tensione nei vertebrati aerei, come sarebbe quando questa corrisponde già a 5 o 6 atmosfere, perchè allora l'ossigeno, che si trova con questa tensione nel sangue arterioso satura la materia colorante dei globuli rossi ed il gaz ossigeno chimicamente libero comincia ad entrare in dissoluzione nel plasma sanguigno.

Gli elementi anatomici non solo non possono vivere in queste circostanze, ma divengono per causa della presenza dell'ossigeno incapaci di prendere l'ossigeno con loro e muojono per una sorta d'asfissia. In una parola l'Autore conchiude, che gli elementi anatomici sono *anaerobi*. Questa qualificazione deve pur essere applicata ai globuli sanguigni, che vivono pure al contatto dell'aria e sembrano a prima vista al più alto grado *aerobi*, perchè essi pure periscono, allorchè dopo la saturazione della materia colorante avida d'ossigeno, che li impregna, essi, sono invasi dal gaz disciolto.

I medesimi fatti si riproducono sperimentando sugli esseri viventi indipendenti, cioè sui fermenti.

Conchiude l'Autore che tutti gli esseri organizzati viventi sono colpiti da morte per l'ossigeno semplicemente disciolto, tutti sono dunque in realtà *anaerobi*. Solamente, gli uni, come gli elementi anatomici, i vibrioni butirrici, il lievito di birra in attività riducono una materia chimica che è a loro esteriore (emoglobina, acido lattico, glucosio) gli altri, come i globuli rossi del sangue, vivono a spese d'una materia impregnata nel loro proprio stroma.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

compilata dal dottor PIETRO CONTI

Petrina — *Sulla localizzazione dei tumori cerebrali.*
Witkowski — *Sulla commozione cerebrale.*
Berger — *Nevrosi d'emozione.*
Aufrecht — *Reperto d'un caso di paralisi spinale subacuta.*
Stoffella — *Tumefazione della fossa sopraclavicolare sinistra in un caso di nevralgia cervico-brachiale.*
Eulenburg — *Caso di contrattura dell'elevatore della scapola e dei romboidei.*

Leyden — *Sul cuore grasso.*
Rosenbach — *Sulla diagnosi fisica degli essudati pleurici.*
Marten — *Due nuovi sintomi delle aderenze pleuriche.*
Strümpell — *Edema primitivo acuto de' polmoni.*
Boegehold — *Hydrops adyposus pleurae.*
Hein — *Determinazione dell'area cardiaca mediante la palpazione.*
Pollak — *Purpura rheumatica multiformis.*
Oehme — *Dell'eritema nodoso in relazione alla tubercolosi.*
Wernich — *Ricerche cliniche sulla varietà giapponese del Beriberi.*
Langendorff e Mommsen — *Contribuzione alla conoscenza della osteomalacia.*
Sörensen — *Casi d'anemia perniciosa progressiva.*
Eichhorst — *Sull'anemia progressiva perniciosa.*
Bourreis — *Un caso di Morbus maculosus Werlhofii acutissimo.*

Zur Lehre von den Gehirn-Geschwülsten. (*Sulla localizzazione dei tumori cerebrali*); del dott. Petrina. (*Prager Vjhrschr.*, CXXXIII, 1877, *Schm. Jahrb.*, 1878, n. 7).

L'Autore raccogliendo un discreto numero di casi da lui osservati cerca di venir in ajuto alla teoria delle localizzazioni cerebrali. Anzitutto espone 7 casi di tumori della superficie del cervello; poi 3 dei lobi anteriori, 1 del lobo medio, 3 dei gangli cerebrali, 1 dei lobi posteriori, 2 della base, 3 del ponte di varolio, 3 della base con lesione del cervelletto. Troppo lungo sarebbe l'esporre, benchè sommariamente, le singole storie; epperò ci limitiamo a rilevare i fatti seguenti:

1.° *Tumori alla superficie del cervello.* — È davvero sorprendente la concordanza dei sintomi di questi tumori coi risultati ottenuti da Fritsch ed Hitzig nelle lesioni sperimentali della superficie cerebrale. V'hanno poi alcuni sintomi costanti per la diagnosi di sede del tumore: *a*) Non vennero osservate che delle convulsioni affatto circoscritte, e queste sempre dal lato opposto; *b*) Le convulsioni si accompagnano con breve perdita della coscienza solo quando il tumore è molto sviluppato; altrimenti la coscienza rimane intatta. Ordinariamente precedono dolori di testa, vertigini, eccitabilità nervosa, leggieri disturbi di senso e di moto. Appare poi sommamente probabile che alla superficie del cervello esistano certi punti la cui eccitazione provoca delle convulsioni e delle contratture parziali, e la cui parziale o totale distruzione importa dei sintomi di paralisi circoscritte. Le emiplegie complete e le paralisi diffuse non stanno mai in relazione con un semplice tumore della convessità degli emisferi. Finora noi non possiamo che diagnosticare la sede dei tumori nella regione delle circonvoluzioni centrali, di cui la parte superiore è centro motore alle estremità inferiori, e un po' più sotto sta il centro delle estremità superiori.

2.° *Tumori dei lobi anteriori.* — La sintomatologia più costante è

cianotiche; la temperatura al disotto della normale. La vescica fu presto inattiva; e il paziente finì nell' indebolimento generale. — Secondo le nuove esperi enze fisiologiche, la maggior parte dei sintomi di quest caso (come la cianosi, l'abbassamento di temperatura, la paralisi dell'oculomotore e della vescica), trova la sua spiegazione nell'avvenuta compressione ed atrofia del peduncolo cerebrale destro. La caratteristica posizione della testa rivolta a destra è appunto quella che si può osservare negli animali mediante lesione del *crus cerebelli ad pontem* di destra. *b*) Psammoma della dura madre alla base del cranio, grosso come un uovo d'oca. Il paziente di 34 anni, accusava da più mesi cefalalgia e vertigini. Vi si aggiunsero paresi degli arti di destra, debolezza visiva e ptosi dell'occhio sinistro; e presto anche convulsioni assai dolorose negli arti paralitici e continua sonnolenza. Quando venne accettato allo spedale il paziente era apatico, di mente debole; ed oltre i detti sintomi offriva una diminuzione della sensibilità e della contrattilità elettrica dal lato destro. La respi razione si faceva talvolta frequente ed irregolare. Prima della morte alla pallidezza cadaverica delle parti paralizzate subentrò una forte cianosi. — La paresi unilaterale destra, e le contrazioni cloniche sono anche in questo caso da attribuirsi alla rilevante lesione del lobo inferiore sinistro; mentre gli altri sintomi spettano alla lesione del peduncolo cerebrale.

7.° *Tumori del pons varolii.* — I sintomi principali sarebbero: emiplegia crociata, paralisi dei muscoli oculari, anestesia, disfagia; dissesti nei muscoli della lingua, nei nervi di senso, nella provincia del trigemino; spesso disturbi sensoriali crociati tra il dorso e una metà della faccia. Frequentissimo è il senso di vertigine, e delle alterazioni vasomotorie ragguardevoli. Mancano le convulsioni. Ordinariamente scompare la contrattilità sotto la corrente indotta, mentre è aumentata quella per la corrente galvanica.

8.° *Tumori del cervelletto.* — I sintomi deducibili dai tre casi dell'Autore sarebbero: violento dolor di testa, fenomeni d'eccitazione motoria, incesso barcollante, forti vertigini, talvolta evidenti disturbi di coordinazione, paresi del lato opposto del corpo, disturbi sensoriali, diminuita reazione elettrica del lato sano del corpo (forma di reazione dei tumori basillari).

Siccome conclusione, Petrina riunisce in modo succinto tutti i sintomi caratteristici per la localizzazione dei tumori cerebrali, quali appajono dalla casuistica degli ultimi anni.

Anche il dott. C. Fürstner porta il suo contributo alla teoria della detta localizzazione (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, VI, 1875). Il suo caso è importante, oltre che per un avvelenamento seguito all'amministrazione d'una minima dose di cloralio, perchè alla sezione si rinvenne una neoformazione in ambedue i nuclei lenticolari, del che si hanno sol pochi esempj nella letteratura. — Ch. N. domestica, non offerse mai sintomi nervosi fino all'età di 30 anni, benchè avesse il padre e i fratelli alienati.

clinica del prof. Koranyi in Budapest. — F. J. d'anni 23, soffriva da più anni per cefalalgia, vertigine, vomito; da poco tempo perdette la vista. Al momento dell'accettazione accusava il paziente dolor di testa, maggiore nella parte posteriore; frequenti vertigini, ed accessi epilettiformi (perdita di coscienza, granchi clonici generali); debolezza grave generale; nell' incesso oscillava sempre verso destra. Fenomeni di paralisi nella provincia innervata dal facciale di destra. La sensibilità normale dappertutto, un po' esagerata al punto di ramificazione del trigemino sinistro. Atrofia del nervo ottico e della retina; le altre funzioni sensoriali, come pure le intellettuali e le vegetative serbavansi normali. Più tardi il polso si fece frequente, la respirazione irregolare; frequente e doloroso singhiozzamento; si sviluppò una pleuro-polmonite destra, e il paziente morì presentando una temperatura di 43°,2 C. Alla sezione trovavasi un sarcoma parvo-cellularei, della grossezza d'una nocciuola, nell' ipofisi, il quale comprimeva il nervo ottico al suo punto di incrociamento, e la gamba sinistra del cervello; più un analogo sarcoma, grosso come il pugno d'un fanciullo, nel verme del cervelletto, invadente anche i due emisferi.

Il dott. E. Wilhelm ha pur fatto diagnosi di tumore tubercolare nel seguente caso, senza potere verificarla alla tavola anatomica (*Pester med. chir. Presse*, XIV, 1878). Una ragazza di 16 anni, fu presa nel maggio 1877 da cefalalgia unilaterale, la quale partiva sempre dallo stesso punto, e mediante la compressione di questo producevasi a volontà; ripetevasi ogni 2-3 giorni. Presto si aggiunsero strabismo e diplopia, dapprima in modo fugace, poi permanente. Poco dopo paralisi anche del facciale e del 5°; poi esoftalmo, senza apparenti lesioni del fondo dell'occhio. Vi si associavano in modo accessionale vertigini, vomito, febbre intercorrente, e rapido smagrimento. La paziente da gaja diventò indolente, piagnolosa, e cadde finalmente in una specie di sonnolenza. Tra i nervi di sensi l'olfattorio sinistro era paralizzato, l'acustico iperestesico, il gustatorio era attivo solamente nella metà destra della lingua; l'ottico intatto; nessuna alterazione di motilità. — Wilhelm pensò a tumore cerebrale tubercolare, escludendo il glioma per la rapidità di decorso, e il carcinoma per l'età della paziente.

Ueber Gehirnerschütterung. (*Sulla commozione cerebrale*); del dottor L. Witkowski. (*Virchow's Arch.*, LXIX, *Schmidt's Jahrb.*, 1878, n. 6).

Witkowski riassume anzitutto le ragioni che contraddicono la teoria di Alquié, essere tutti i fenomeni della commozione cerebrale riferibili a reali contusioni. 1.° Si deve distinguere il caso in cui i fenomeni di commozione sono semplici, da quello in cui esitano colla morte. Di quest'ultimo genere si hanno solo pochi reperti necroscopici; ma si deve notare che non sempre le piccole lesioni cerebrali determinano fenomeni generali di commozione o di paralisi (*Hemmung*, Goltz). 2.° Abbenchè le ricerche sulla commozione semplice non abbiano dato finora alcun risul-

1.° Un negoziante, d'anni 30, fu sempre sano ed attivo. Quattro anni fa, al ritorno da un viaggio, riceve la notizia che un suo amico lo ha derubato. Alcuni minuti dopo egli si sente paralizzato e come morto nelle estremità inferiori: si notava realmente in queste anestesia e analgesia. Questa paraplegia di senso e di moto insorta così rapidamente e in modo singolare scomparve altrettanto presto dietro la cura istituita. Dopo sei mesi ecco una recidiva, e nell'anno seguente tre altre, senza cagione manifesta. Tutte le volte la paraplegia durava 8-14 giorni; la 5ª volta sparì in pochi minuti dietro l'eccitazione faradica. Nell'estate 1876, trovandosi il paziente ai bagni di Landeck, fu sorpreso da paralisi completa dell'arto inferiore destro; e questa durava da 4 mesi, malgrado le cure istituite, quando il paziente venne in cura di Berger. La gamba era inerte, si sarebbe detta una massa morta: erano conservate la sensibilità e la meccanica dei riflessi; normale il modo di contenersi rispetto alla corrente elettrica; nessuna traccia d'atrofia; benessere generale. Quantunque fosse già stata inutilmente tentata una lunga cura colla corrente indotta, si volle ripeterla con una corrente ottenuta da una batteria voltaica; e infatti all'8ª seduta si ottenne istantanea cessazione della paralisi. Il paziente si rizzò d'un tratto, esclamando che gli pareva fossegli stato tolto un grave peso dal ginocchio; ed allora eseguì qualunque movimento, e camminò senza alcun ajuto. Un po' di debolezza residua svanì ben presto, e il ristabilimento fu persistente.

2.° La zia del detto malato, di 45 anni, fu sempre sana, assolutamente ignara delle manifestazioni isteriche, e piuttosto torpida. Ritornando da una festa di famiglia, trovò le mobiglie di casa poste sotto sequestro, senza che ella avesse mai saputo nulla delle disperate condizioni finanziarie di suo marito. La sorpresa le tolse la coscienza e cadde in violente convulsioni cloniche di tutto il corpo. Ritornata in sè, mentre era a letto essa sentivasi come paralizzata in tutto il corpo, ma specialmente alle estremità inferiori ed al tronco. Sotto la cura elettrica, questa forma paraplegica di moto ed anche di senso migliorò di lì a 4 mesi, finchè l'arto inferiore sinistro fu capace di funzionare. Due anni dopo, essendo la paziente in buone condizioni di salute, avvenne una recidiva (senza causa apparente), nella gamba destra; la paralisi era motoria e di senso; i riflessi cutanei erano sospesi; nessuna atrofia; normale l'eccitabilità elettrica. La cura fatta colla corrente e colle iniezioni ipodermiche di stricnina non ebbe verun effetto.

Bisogna notare che la famiglia dei detti due ammalati non andava esente da neuropatie, e che i sistemi urogenitali erano sani. Notevole è pure la tendenza alle recidive. Noi non siamo in grado di esporre nemmeno un'ipotesi sulla natura di quest'interruzione di conducibilità successiva ad eccitazione psichica; certo non deve dipendere da un'alterazione anatomica profonda, se la funzione si può ristabilire così presto, come ne dà un esempio il primo caso. L'Autore opina che si tratti di

un atto riflesso, e così riassume le sue ipotesi: *Una forte emozione pu determinare una sospensione nell'attività dei centri nervosi motori sensibili, duratura anche più mesi, ma che tuttavia può risolversi com pletamente. La sospensione in discorso poi, anche guarendo, lasc dietro a sè una certa vulnerabilità, di guisa che sia sempre a teme un nuovo disturbo funzionale per cause minime e spesso non dim strabili.*

Più spesso gli accidenti psichici danno luogo alle *nevrosi convulsi* L'Autore ne espone quattro casi, in cui l'eziologia non può essere evidente. Nell'uno, una specie di spavento notturno diè luogo ad u forma straordinariamente accentuata di emicorea sinistra. Nell'altro, seguito ad un forte diverbio, il paziente si guadagnò un granchio cloni del cucullare, con tremore del braccio. Nel terzo il soggetto era epil tico, e finì coll'imbecillire in seguito a spavento per la morte del pad Nel quarto, un giovane di 22 anni, che già da 8 anni soffriva d'emicran ebbe, dopo un accesso d'ira, un vero assalto epilettico, con paresi p epilettica della gamba sinistra, la quale durò alcune ore. Questa nevr si ripetè più volte nei 14 giorni seguenti. Il paziente era ancora in cu

Berger suppone che la sede di eccitamento in questi casi abbia trovarsi nella zona corticale motoria del cervello.

Die Ergebnisse eines Falles von Subakuter Spinal-Paralyse. (*I perto d'un caso di paralisi spinale subacuta*); del dottor E. Aufrec (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, XXII, 1, 1878, e *Schm. Jahrb.*, 7, 1878)

L'Autore riferisce un caso molto ben osservato, ed anatomicame studiato, di *paralisi spinale subacuta*, *Paralysie générale spin subaiguë* di Duchenne, arricchendo così le nostre cognizioni clinic anatomiche a proposito di quest'affezione, della quale abbiamo fin due soli casi ben osservati, l'uno di Cornil e Lépine, l'altro di Webb L'Autore poi l'ha reso ancor più interessante col rannodarvi delle esa ricerche sulla rigenerazione dei muscoli e dei nervi, le quali stabilisco alcune novità sull'andamento di tal processo. La storia del caso è ques

Una giovane di 23 anni, accusava da 18 giorni un senso vago co di torpore e di dolore ai piedi, nonchè vertigine e leggier aumento temperatura. Un bel mattino, recandosi al cesso, si sentì ad un tra mancar le forze e cadde; si dovè portarla a letto. Già a mezzodì notava quasi completa paralisi dei piedi; era solo possibile un picc movimento di lateralità degli stessi, ed una debole flessione dei p lici. Sensibilità normale; funzioni vescicale e rettale intatte. Pre tenne dietro l'atrofia dei relativi muscoli, con formazione di piede va equino. Nel medesimo tempo andava di giorno in giorno scemando l'e citabilità faradica dei muscoli paralizzati. Più tardi la paresi inv anche la musculatura del tronco, sicchè la paziente non poteva nè dersi, nè star in posizione eretta. Finalmente paralisi ed atrofia an delle estremità superiori. Morte dopo 8 settimane dall'insorgenza male, per tubercolosi miliare dei polmoni, del peritoneo e dei reni.

L'autopsia, eseguita sei ore dopo la morte, diede questi risultati: leggiero decubito al sacro; nessuna traccia di liquido nè negli spazii aracnoidei, nè nei ventricoli. Alla sezione delle porzioni cervicale e dorsale del midollo spinale apparvero numerosi punti emorragici nella sostanza grigia. Tubercolosi miliare delle pleure, della milza, dei reni, della glissoniana epatica; focolaj acinosi confluenti nei polmoni e caverne. L'esame microscopico dei muscoli diede a rilevare varie alterazioni, relative ai varj stadj clinici del male. Questo aveva invaso anzitutto le estremità inferiori, e qui invero si trovavano le più gravi alterazioni muscolari. Risaltava anzitutto l'assottigliamento delle striature, e l'irregolare disposizione dei *sarcous elements*; in altri punti era affatto scomparsa ogni traccia delle strie trasversali. Tra mezzo alla pallida sostanza fondamentale delle fibre si osservano dei granuli oscuri disposti abbastanza regolarmente; nelle stesse fibre si osservano anche dei nuclei, relativamente scarsi. L'Autore, seguendo Virchow, fa dipendere la degenerazione grassa delle fibre muscolari da queste granulazioni; ma non ritiene assolutamente necessaria la precedenza loro. Di poca importanza e non frequente fu in questo caso la divisione dei fascicoli muscolari in fibrille, secondo la loro maggior lunghezza, e la separazione in dischi di Bowman. Importante invece a rilevarsi è la conformazione a cavatappo delle fibre contenute nel sarcolemma. Inoltre l'Autore osservò i frammenti cuneiformi (finora osservati soltanto da Tschainsky nella miosite traumatica), i quali giacciono perpendicolarmente all'asse delle fibre; ciascun d'essi va provvisto quasi senza eccezione d'un nucleo visibile; anche in essi scompare presto la striatura per lasciar posto ad un deposito di granuli oscuri.

I risultati delle ricerche sulla rigenerazione dei muscoli si riassumono in queste proposizioni. La degenerazione parenchimatosa e grassa delle fibre non conduce alla distruzione delle stesse, bensì nella massima parte dei casi alla loro rigenerazione. I due fatti stanno così strettamente legati l'un coll'altro che non si può dare rigenerazione senza precedente degenerazione. Il processo in tal caso è il seguente: i *sarcous elements* scompajono dietro la deposizione di granuli albuminosi, ed anche talora di granuli adiposi. Tutti questi granuli giacciono nello stesso ordine, benchè non sempre, dei *sarcous elements* in grembo alla sostanza chiara fondamentale. Questa, una volta scomparse le granulazioni e il sarcolemma, diventa una massa protoplasmatica in cui si contengono i nuclei; e la successiva formazione dei *sarcous elements* avviene per opera di ciascuno di essi, nella propria periferia, e non *in toto* nella massa protoplasmatica; i nuclei del connettivo non vi partecipano.

V'ha inoltre una restituzione del muscolo; cioè il processo infiammatorio delle fibre muscolari può arrestarsi ad ogni stadio prima di arrivare alla formazione dell'anzidetta massa protoplasmatica (Muskelplatte). L'Autore ritiene per dimostrata anche il formarsi in vita della degenerazione cerea.

dolori scomparvero dopo 6 mesi, lasciando un senso di torpore nelle dita 4° e 5° della mano sinistra, e una tumefazione della fossa sopraclavicolare sinistra analoga alle antecedenti.

3.° Una signora di 33 anni, andava soggetta da due mesi a violenti accessi stenocardici, con diffusione del dolore lungo la spalla ed il braccio di sinistra. Durante questi accessi si dichiarava anche una tumefazione del lato sinistro del collo, la quale spariva dopo uno o più giorni a norma della gravezza dell'accesso. All'esame si rilevava il detto turgore, come nei casi precedenti, ed una grande sensibilità della provincia cervico-brachiale.

In seguito l'Autore si pone la domanda se una nevralgia, o una nevrite dei nervi cervico-brachiali possa determinare detta alterazione di nutrizione. E risponde affermativamente, ricordando: 1.° le ricerche di Brown-Séquard, che dimostrano la dipendenza di disturbi trofici da eccitazione dei nervi; 2.° l'esperienza clinica, la quale dimostra la relazione esistente tra le nevralgie e le alterazioni trofiche della cute; 3.° l'esame anatomo-patologico che prova la dipendenza dei fenomeni nevralgici da fenomeni inflammatorj dei nervi. A parte gli esantemi, l'esperienza insegna che nelle nevralgie si verificano ancora i seguenti disturbi trofici della cute: differenze nella temperatura e nella secrezione del sudore, aumento o diminuzione della capigliatura, deformità delle unghie, ipertrofia e atrofia della cute, aumento del pannicolo adiposo, turgore della cute e del connettivo sottocutaneo. Nella monografia *Gunshot wounds and other injuries of nerves* (« Ferite d'arma da fuoco ed altre lesioni dei nervi »), di Mitchell, Morchouse e Kenn si leggono esempj di edemi nelle provincie di nervi feriti; altri casi son riferiti da Hamilton (« Arch. gén. » II, 1838), Roux (« Gaz. des Hôp. » 1870), e Watson (« Dublin. Journ. » 1838). Ma ciò può avvenire anche dietro eccitazione inflammatoria, neurite, non traumatica; Remak ne riferisce un caso, e Leudet due, in uno dei quali (successivo ad avvelenamento per vapori di carbone), si potè all'autopsia valutare la diagnosi di neurite (« Arch. gén. » maggio 1875).

Fall von Contraktur des Levator anguli scapulæ und der Rhomboidei. (*Caso di contrattura dell'elevatore della scapola e dei romboidei*); del professore A. Eulenburg. (*Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 31, 1877, e *Schmidt's Jahrb.*, 1878, n. 6).

L'Autore fa osservare che i casi pubblicati di contrattura dell'elevatore della scapola e dei romboidei (Débout e Duchenne), sono piuttosto casi di paralisi del muscolo serrat. anticus, i quali vengono assai facilmente misconosciuti. Eulenburg osservò il seguente caso, cui egli crede un vero esempio della detta contrattura primaria.

Un fanciullo di 5 anni, offriva una singolare asimmetria delle scapole: la destra aveva come ruotato sull'asse maggiore, in guisa che il margine esterno era diventato quasi inferiore, e l'angolo inferiore erasi portato all'interno verso la colonna vertebrale, e quindi anche rialzato; il mar-

accessi di angina pectoris. La loro causa, secondo Leyden, non può essere solamente l'enorme inviluppo grassoso del cuore nelle persone adipose, perchè molte ve ne sono di queste che ciò malgrado vivono senza mai provare alcun disturbo cardiaco. In detti casi bisogna cercare qualche altro momento eziologico: così Hasse osservò che allorchè avevansi disturbi cardiaci, il grasso non solo avviluppava il muscolo, ma penetrava tra le sue fibre; Recklinghausen e Köster poi vogliono che la causa dei disturbi cardiaci si trovi in uno sproporzionato aumento della massa sanguigna (pletora). Non è per altro provato che la pletora importi un aumento di lavoro del cuore, e quindi un' ipertrofia del ventricolo sinistro; e specialmente non pare probabile quest' ipotesi nei casi in cui, stabilitasi la dilatazione e la flacchezza del cuore, queste non iscompajono più, anzi aumentano, dopo la cessazione della pletora e della corpulenza. Giusta una propria osservazione, Leyden opina che in certi casi la formazione di adipe può avvenire nel profondo della sostanza cardiaca, isolarne e comprimerne le fibre; indi si producono alterazioni speciali della muscolatura, le quali hanno un certo valore nell' interpretazione dei dissesti circolatorj: 1.° Ne soffre l'elasticità dell'organo, il quale pertanto è più disposto alla dilatazione, massime verso l'apice; 2.° Ne soffre l'elemento muscolare, avvenendone l'atrofia qua e là in numerosi focolaj. Il caso di Leyden riguarda un individuo adiposo bevitore: la malattia insorse senz'altra causa apparente; il decorso fu straordinariamente rapido; l'autopsia mostrò, insieme all'accumulo di molto adipe attorno la cuore, la dilatazione d' ambi i ventricoli; l' esame microscopico rilevò le notevoli alterazioni delle fibre muscolari.

Siccome l'accumulo di adipe intorno al cuore è frequente nelle persone corpulente, senza che queste accusino dissesto funzionale al cuore, senza che all'autopsia si possa dimostrarne la dilatazione, Leyden ammette che tale accumulo, sotto l' influenza di ulteriori cause nocive, possa essere il punto di partenza di più profonde alterazioni del viscere cardiaco. Queste ulteriori condizioni devono essere di natura tale da diminuire la resistenza muscolare del cuore; e in base a parecchie osservazioni l'Autore conclude che ad esse appartengono: 1.° l'età avanzata; i giovani, benchè grassi, assai raramente accusano disturbi cardiaci; 2.° le eccitazioni psichiche; 3.° gli strapazzi, ad esempio la caccia; 4.° l'abuso degli spiritosi.

Zur physikalischen Diagnostik der Pleuraexsudate. (*Sulla diagnosi fisica degli essudati pleurici*); del dottor O. ROSENBACH. (*Berl. Klin. Wochschr.*, XV, 1878, e *Schmidt's Jahrb.*, 1878, n. 5).

L'Autore fa notare anzitutto che i cangiamenti d'altezza del suono evocato colla percussione nelle diverse fasi respiratorie non sono un criterio sicuro per giudicare della dilatabilità ed elasticità polmonare; imperocchè a produrre il suono toracico più influiscano le pareti toraciche che il polmone; la variabile tensione della pelle, dei muscoli, delle coste è pur capace di produrre dei cangiamenti nel suono di percus-

sione, a seconda della posizione del corpo. Lo spazio timpanico dell'addome o di una caverna scompare completamente se le parti sovrapposte entrano in forte tensione. Nelle profonde inspirazioni il suono timpanico delle caverne scompare sotto la forte tensione delle pareti toraciche; così scompare il suono timpanico dell'addome nella forte contrazione dei muscoli addominali. Un rischiaramento del suono agli apici durante l'inspirazione significa per l'Autore che il parenchima non è infiltrato nè cirrotico. Anche nelle essudazioni pleuriche sierose, di media gravezza, nelle quali la linea d'ottusità cade fortemente venendo dalla parte posteriore alla anteriore del torace, e sotto l'inspirazione si rischiara pure il suono della percussione, si può produrre un totale cambiamento dei dati fisici facendo respirare profondamente il paziente, o lasciandolo passeggiare alcun tempo nella stanza. L'Autore potè fare queste osservazioni in 5 casi, e ritiene che tali cambiamenti fisici sono di buon indizio negli essudati pleurici.

La ragione di questi fatti sta in ciò, che una parte della ottusità (la superiore), è dovuta ad atelectasia polmonare, la quale vien prodotta e dalla giacitura orizzontale nel letto (che impedisce la dilatazione delle parti inferiori del torace), e dall'essudato che invade lo spazio occupato dal polmone. Secondo Rosenbach l'atelectasia delle parti posteriori del polmone è maggiore nella posizione orizzontale che nella verticale, ed alla sua altezza contribuisce non poco la quantità dell'essudato. Levandosi il paziente l'essudato si abbassa issofatto, e si riconosce alla straordinaria ottusità; mentre le parti superiori sono ottuse solamente per atelectasia del polmone. Se questo può distendersi sotto una profonda inspirazione al disopra dell'essudato, si otterrà un suono più chiaro e magari timpanico. Così si spiegano di leggieri le sorprendenti variazioni del murmure respiratorio osservate dall'Autore ne' suoi malati. In corrispondenza dell'atelectasia ascoltasi un respiro bronchiale forte; laddove si accumula l'essudato, il medesimo respiro è assai indebolito. Se le porzioni atelectasiche si distendono, ne viene un respiro vescicolare; nelle altre porzioni compresse permane l'oscurità del mormorio. Analoghe variazioni si avverano pel fremito pettorale.

La supposizione che l'atelectasia dipenda da un otturamento dei bronchi, il quale può essere rimosso dall'espettorazione, suscitata da un cambiamento di posizione, è contraddetta dal fatto che nessuno degli ammalati dell'Autore aveva tosse od espettorazione, e che nessun rantolo rilevavasi sulle parti ammalate del torace.

Questa dimostrazione che nei versamenti pleurici sierosi mediocri non tutto il tessuto polmonare è splenizzato, ma che è invece capace in parte di dilatarsi ancora sotto le profonde inspirazioni e i cambiamenti di posizione, è importante per la diagnosi, la prognosi e la cura di tali essudati.

Quanto alla diagnosi ne viene che prima di giudicare dell'estensione di un essudato, conviene far respirare profondamente a più riprese il

paziente, affinchè il floscio tessuto torni a distendersi. L'Autore considera la sede della massima ottusità come la sola parte invasa dall'essudato; e in quei casi in cui l'ottusità toracica raggiunge posteriormente una considerevole altezza, senza che sui lati e davanti si manifesti un relativo ingombro, consiglia di esaminare il paziente dopo che è stato un po' di tempo in posizione eretta. Quando esista un forte soffio bronchiale, nell'incertezza se si tratti di semplice pleurite ovvero di pleuro-pneumonite (per mancanza d'altri sintomi pneumonici), si può prendere a criterio diagnostico il cambiamento dei dati fisici provocato dalle inspirazioni profonde. Ove in seguito a queste il soffio bronchiale svanisca, si può dire che trattavasi d'atelectasia. La miglior prova nondimeno è data dalla puntura esploratoria, cui l'Autore molto raccomanda.

Il valore pronostico delle osservazioni di Rosenbach è evidente.

Quanto alla terapia, appare pur evidente l'utilità di una metodica ginnastica polmonare, una volta che siano finiti i fenomeni inflammatorj più forti.

Da ultimo Rosenbach dice di aver finora quasi sempre rilevato il sintomo di Baccelli nella polmonite cruposa, e spesso nelle infiltrazioni croniche (tifiche), specialmente dei lobi inferiori; mentre invece lo rilevò di rado in essudati pleurici sierosi, ancorchè poveri di cellule. Donde l'Autore deduce che tal fenomeno è dovuto specialmente ad una miglior conducibilità del sistema bronchiale, e che rappresenta quindi l'*alter ego* del soffio bronchiale. Il fenomeno si manifesta ogni volta il tessuto polmonare sia vuoto di aria, senza che i bronchi ne vengano compressi od otturati. L'Autore ha finora notato la voce afona (Flüsterstimme), ovunque ascoltavasi anche il soffio bronchiale.

Zwei neue Symptome pleuritischer Verwachsungen. (*Due nuovi sintomi delle aderenze pleuriche*); del dott. Marten. (*Berl. Klin. Woch.*, XIII, 1876, e *Schmidt's Jahrb.*, 1878, n. 5).

L'Autore dopo aver offerto per tre giorni il fenomeno del polso intermittente, senza che alcun disturbo gl'impedisse l'esercizio professionale, cadde malato, il 27 marzo 1875, di pleuropolmonite sinistra. Tutto il polmone fu presto epatizzato; nessun essudato liquido della pleura. Dopo 5 giorni crisi; quando il 10 aprile Marten vien preso da altro accesso inflammatorio all'apice destro. Questo non durò che 24 ore, e in seguito la guarigione procedette lenta ma sicura; non rimanevano che un po' di eretismo nervoso, e leggiero inspessimento pleurico. Inoltre insorsero due sintomi che durarono ben 3 mesi: 1.° Quando, per la digestione, il ventricolo alternava i suoi cangiamenti di volume, avvenivano ripetute contrazioni cloniche della parte superiore dell'esofago (*blindes Schlucken*: deglutizione inane), durante le quali il paziente non poteva nè parlare, nè mangiare; ed erano pur visibili agli astanti. L'Autore fa dipendere questo fenomeno da stiramento di qualche aderenza pleurica, prodotta, per intermezzo o meno del diaframma, dal distendersi del ventricolo. 2.° Nel riposo del corpo e dello spirito (generalmente a letto).

mentre l'Autore respirava superficialmente, ecco prima del sonno insorgere una visibile ispirazione profonda e rapida, la quale si ripete più volte ad intervalli di qualche minuto.

Quest'altro fenomeno non avevasi mai al mattino, ma solo nelle predette circostanze, giacendo l'Autore sul lato sinistro. Questi vorrebbe chiamarlo *sbadiglio unilaterale*, ed ascriverlo alla medesima causa dello sbadiglio, colla sola distinzione che stante le estese adesioni pleuriche l'escursione toracica a sinistra è assai diminuita, e quindi l'inspirazione sopravvegnente deve essere prodotta da una rapida contrazione del diaframma, e prevalentemente della porzione sinistra dello stesso; il che infatti era manifestato da un inarcamento sensibile e visibile dell'ipocondrio sinistro. Per esso restituivasi momentàneamente l'equilibrio, rotto da una condizione patologica permanente.

Primäres akutes Lungenödem. (*Edema primitivo acuto dei polmoni*); del dott. A. Strümpell. (*Arch. d. Heilkunde*, XVIII, 2, p. 193, e *Schmidt's Jahrb.*, 1878, n. 7).

Mentre è cosa frequente l'osservare l'edema polmonare come ultima complicazione di varie malattie, l'edema acuto primitivo pare assai raro; nei più nuovi trattati (Lebert, Ziemssen), non se ne fa nemmen parola. Solamente Wunderlich (« Handbuch » III, p. 295), accenna al fatto che spesso avviene un edema polmonare senza causa conosciuta, il quale in individui deboli e vecchi decorre rapidamente mortale. Perciò il caso seguente è di non poca importanza.

R. St., d'anni 25, cameriere, fu il 6 giugno 1876 portato all'ospedale oppresso da forte dispnea. Era in piena coscienza, e dichiarò di esser sempre stato sano fino alla mattina di quel giorno; aveva nella notte atteso alle proprie incombenze fino alle 2 del mattino: non aveva fatto fatiche straordinarie, non erasi esposto al freddo, non aveva abusato di vino o liquori; serviva in una stanza un po' affumicata dagli avventori. La mattina erasi alzato ancora in buona salute, ed attendeva a dar ordine nel *restaurant* quando, senza una causa apparente, cadde in deliquio. Si riebbe presto, ma soprappreso da forte dispnea dovè nel dopopranzo ricoverare all'ospedale. — In questo paziente robusto e ben nutrito fa impressione alla visita la forte cianosi della pelle e delle mucose visibili, e la difficoltà del respiro. Nessuna ottusità sull'area polmonare, qua e là un certo numero di rantoli umidi; gli altri organi normali, normale la temperatura, polso pieno a 116, pupille eguali e mediamente dilatate, un po' pigre a reagire. Poco dopo l'entrata avvenne vomito spontaneo; leggiero mal di capo. Nelle due ore seguenti aumentano la cianosi e la dispnea, aumentano i rantoli; il naso e le estremità si raffreddano. Verso le 5 pomeridiane va perdendosi la coscienza; subentra sonnolenza e poi coma. All'ascoltazione numerosi rantoli umidi, sparsi dappertutto, di media grandezza; polso piccolo, assai frequente. Nel braccio destro alcune contrazioni convulsive prima della morte; la temperatura restò sempre normale. Morte alle 6 pomeridiane malgrado

i molti mezzi tentati: emetici, eccitanti, salasso, eccitazione faradica dei muscoli respiratorii.

Sezione il 7 giugno: poche macchie cadaveriche, rigidità considerevole; forte iperemia pericranica e dell'ossatura cranica; forte iperemia delle meningi; cervello abbastanza consistente, nón iperemico, nè edematoso; null'altro di anormale. Polmoni ricchi di sangue, al taglio danno molto siero sanguinolento; nessuna infiltrazione. Cuore molto contratto, però normale. Fegato, milza, reni pure normali, ma con stasi di sangue notevole. L'orina, tolta dalla vescica, non è albuminosa. Catarro cronico del tubo gastro-enterico, con qualche piccola emorragia sottomucosa. Nessuna alterazione degli altri organi.

Hydrops adiposus pleurae; del dott. E. Boegehold. (*Berl. Klin. Wochenschr.* XV, 24, 1878. — *Schm. Jahrb.*, 1878, N. 7).

Un paziente di 43 anni, soffriva da alcuni mesi i sintomi gastrici di un probabile carcinoma; il vomito era cessato da 2 mesi con l'amministrazione di certe polveri (?). Egli entrava il 16 gennaio 1878, all'Ospedale per difficoltà di respiro, insorta da 4 settimane senza dolore e poca tosse; le forze erano rapidamente scemate. Esistevano segni evidenti di un essudato pleurico sinistro, onde si passò all'evacuazione coll'apparato di Dieulafoy; uscì un liquido torbido, giallo-bruno, inodoro, alcalino, peso specifico, 1023. Lasciato riposare, formavasi sulla superficie di questo liquido uno strato bianchiccio, che al microscopio si mostrò costituito da tanti granuli adiposi fortemente rifrangenti, della grossezza di 0,05 mill. più da vere gocciole adipose e da cellule. Il resto del liquido coagulava col calore. Il paziente migliorò alquanto; ma riprodottosi l'essudato si fece una seconda puntura il 21 gennajo, estraendosi così due litri di un liquido rosso-brunastro, del peso specifico di 1021, analogo al precedente, ma più sporco di sangue; conteneva il 0,049 0|0 di adipe. Al 31 bisognò ripetere l'operazione, levandosi per ossa 400 c. c. di liquido di proprietà identiche ai liquidi precedenti; conteneva il 0,06 0|0 di adipe. Il giorno seguente l'operato peggiorò assai, e nella notte del 2 febbraio moriva.

Sezione: Nel cavo pleurico sinistro due litri d'un liquido rosso-bruno; il cuore spinto verso destra, un po' grasso. Polmone sinistro ridotto a 1|3 del suo volume; ha la pleura grigia, ispessita, sparsa di piccoli nodi grigiastri e di ecchimosi; il parenchima è anemico. La pleura costale e diaframmatica pare di cuojo, ed è sparsa di molti nodi più o meno pallidi, rosso-giallognoli, di media consistenza; v'erano pure ulcerazioni appianate, e striature ed ecchimosi. Nel cavo pleurico destro nessuna raccolta: polmone destro voluminoso, ha la pleura viscerale e diaframmatica sparsa di nodi consimili ai precedenti, ma senza ulcerazioni; al taglio il parenchima dà una spuma siero sanguinolenta, e resta rosso pallido. Le ghiandole tracheali sono dure e ingrossate. Lo stomaco offriva sulla parete posteriore un'ulcera cancerosa, della grandezza d'un soldo; essa aveva fondo e margini duri, ed ivi lo stomaco faceva corpo col

diametri del cuore col detto metodo. L'Autore fa anzitutto osservare che non esiste mai un esatto rapporto tra l'ottusità vera e l'ottusità assoluta dell'area cardiaca; imperocchè la porzione di cuore, che è coperta dal polmone, non corrisponde sempre all'estensione del lembo polmonare ricoprente. Perciò alcuni clinici (Friedreich, Gerhardt, Weil) vogliono che si tenga conto d'ambedue le ottusità, mentre Skoda, Bamberger, Duchek si accontentano di dedurre le dimensioni vere del cuore dall'ottusità assoluta. L'insufficienza dei dati così ottenuti fu minore quando Ebstein insegnò a tener conto nella percussione anche dell'impressione tattile, nondimeno Ebstein si appoggiava tuttavia all'impressione destata sull'orecchio — mentre Hein vuol valersi puramente del tatto.

Il metodo di Hein consiste nel tastare metodicamente la regione cardiaca: conducendo l'indice o il medio (questo è preferibile) di una mano sulla parte del corpo da esaminarsi, si esercita una momentanea e ripetuta pressione colla superficie volare dell'ultima falange se il dito è disteso, o colla punta se il dito è flesso, lasciando un po' prima e un po' dopo la leggier pressione il dito a contatto della superficie cutanea. Su delle pareti elastiche la nota impressione tattile vien già suscitata col solo farvi passeggiar sopra leggermente il dito. Ove trattisi di pareti tese o rigide sarà utile valersi di piccoli colpi dati colla punta del dito, non allontanandola che di alcuni millimetri della superficie ispezionata.

Si può così limitare assai bene i confini del cuore, distinguendosi le parti di polmone che lo ricoprono dal resto dell'organo respiratorio: in corrispondenza di quelle il cuore agisce da superficie riflettente, imperocchè ivi la leggiera oscillazione destata dalla palpazione si propaga attraverso allo strato aereo polmonare fino al cuore, mentre la diffusione della stessa lungo la parete toracica è minima.

È inutile accennare alla situazione topografica del cuore delimitata mercè l'*Erschütterungsperkussion*: basti dire che è pur quella riferita da Luschka. Hein ha fatto le esperienze sui cadaveri, nei quali, infiggendo degli aghi, ha potuto stabilire che i limiti da lui assegnati al cuore mercè del palpamento rispondevano ai veri; di più avrebbe trovato queste misure: 8 cent. per la linea limite di destra, 11,5 cent. per quella sinistra ed inferiore, 14,5 cent. per la distanza dall'apice allo sbocco della vena cava superiore, 12 cent. per la massima larghezza del cuore (che è tra le coste 4ª e 5ª).

Queste cifre non sono molto esatte per parecchie ragioni, ma specialmente perchè si presero misure rettilinee, mentre qualcune riguardano delle linee curve.

Purpura rheumatica multiformis; del dottor M. Pollak. (*Med. chir. Centr. bl.* 18, 1878 — *Schmidt's Jahrb.* 1878 N. 6).

L'Autore, come assistente del dott. Mader (Vienna), osservò il seguente caso. Il 10 settembre 1877 fu accolta nel Rudolphspital una ragazza di 17 anni, ammalata da 3 giorni per febbre, dolore e gonfiezza

dell'articolazione del piede destro. Già da un giorno la paziente aveva osservato un esantema non prurigginoso in tutto il corpo, e nel giorno stesso dell'accettazione all'ospedale aveva risentito vaghi dolori alle articolazioni maggiori. Essa affermava di aver goduto sempre buona salute, benchè dopo la prima comparsa de' mestrui abbia men felice apparenza. Nessun momento eziologico degno d'attenzione, meno forse la nutrizione soverchiamente amilacea. Su tutta la superficie del gracile suo corpo, la paziente mostrava delle macchie, qua sparse, là raggruppate, brune o livide, di varia grandezza, non cedenti alla pressione. La pelle che ricopre l'articolazione del ginocchio era calda, tumida, edematosa; il movimento dell'articolazione doloroso. Le mucose visibili erano pallide, però normali: gli organi interni sani. Orine chiare, normali; temperatura al mattino 38°,8, alla sera 39°. Cura: fomenti freddi, liquor acido di Haller.

12 settembre. L'esantema comincia ad impallidire nelle regioni superiori; nelle inferiori appajono nuove eruzioni delle dimensioni d' una fava. Il gonfiore del ginocchio è diminuito. Temp. mattina e sera 38°,6.

13 sett. Le eruzioni più vecchie vanno decolorandosi: sul ginocchio sinistro si mostrano delle efflorescenze brune e rilevate; l'articolazione è dolente. Un po' di dolor di gola: l'ugola e le fauci sono arrossate; il paziente è abbattuto, apatico. La sera notansi al dorso ed al braccio sinistro delle petecchie, vibici ed ecchimosi più o meno notevoli. L' articolazione del cubito è pure dolente e tumida, e coperta da papule emorragiche. Temp. 37°,2-38°,5.

14 sett. É dolente anche l' articolazione radio-carpica, specialmente di destra, e gonfia, e ricoperta di papule e macchie emorragiche. Temperatura 38°,4-38°,5. Cura: acido salicilico grammi 5.

15 sett. Gl' identici fenomeni si ripetono al petto, alle spalle e perfino sulla faccia; le macchie antiche seguono le fasi di decolorazione del pigmento sanguigno. La paziente è ancora apatica, ha molta sete, nessun appetito. Temperatura serale 37°,4. Cura come ieri.

16 sett. I dolori articolari sono scomparsi, le tumefazioni diminuite. Al petto e al braccio destro nuove ecchimosi rilevate, ora in forma girata, ora confluenti, non pruriginose. Temp. 37° fino a 37°,6. Acido salicilico gr. 3.

17 sett. Non più dolori, nè efflorescenze nuove; le antiche sono in via di scolorarsi e non danno disquammazione. Generale euforia, si ridesta l'appetito, temp. 37°.

18 sett. Continua il miglioramento, e con rapidità, sicchè la paziente vien dimessa il 29 perfettamente ristabilita.

Nell'epicrisi l'Autore dice che questo caso ricorda assai davvicino la *peliosi reumatica*, ma se ne distingue per le dimensioni delle efflorescenze e l'èlevazione della temperatura. La febbre sarebbe veramente da porre a carico del reumatismo, cui però l'Autore poteva ritenere come parte del quadro nosologico. Se poi si vuol riguardare il reuma-

tismo articolare come l'espressione di un disturbo nervoso trofico, il comparire delle emorragie in corrispondenza delle articolazioni affette fornisce un altro punto d'appoggio alla teoria che riguarda le malattie della pelle come il risultato di disturbi vaso-motorj. L'esposto caso risponde pure alla *porpora papulosa* od *urticata* descritta da Hebra. Invece non era da pensare al *morbus maculosus* perchè, sebbene si trattasse d'un soggetto malnutrito, non apparvero mai emorragie dalla superficie libera delle mucose; così poteva escludersi lo *scorbuto* perchè mancava ogni sintomo orale, ed il decorso era stato ciclico.

Ueber Erythema nodosum und seine Beziehung zur Tuberkulose. (*Dell'eritema nodoso in relazione alla tubercolosi*); del dottor W. Oehme. (*Arch. d. Heilk.* XVIII, 1877. *Schm. Jahr.* 1878, 6).

L'Autore incomincia coll'esporre un quadro generale di questa forma, valendosi, oltre che di proprie osservazioni, di altri 16 casi osservati all'ospedale di Dresda, e di un caso di Fiedler.

L'eritema nodoso non è molto frequente, i detti 16 casi vennero osservati dal 1862 al 1873. Otto di essi avvennero nel 1871, onde si poteva quasi pensare ad un fatto epidemico, come lo ammette il dottor Lewin. Preferibilmente colpito è il sesso femminile; dei 18 casi dell'Autore 17 spettavano a femmine, 1 solo a maschi. Fatta poi eccezione d'un caso a 54 anni, in tutti gli altri trattavasi d'individui nel fiore dell'età, da 16 a 27 anni. Abbastanza frequente è l'affezione nella infanzia: così Bohn ebbe a curare 21 ragazzi e solo 5 adulti; ne vide perfino un caso in una ragazza di 11 mesi. Impossibile di trovare un momento eziologico, meno forse talora l'anemia. Nemmeno pare vi abbia qualche influenza la stagione. Dei 18 casi se ne ebbero: in gennajo 1, in marzo 1, in aprile 6 (!), in maggio 2, in giugno 3, in settembre 1, in ottobre 1, in novembre 2, in dicembre 1.

La malattia comincia ordinariamente con uno stadio prodromale di 2-3 o più giorni, nel quale oltre ad un malessere generale più o meno pronunciato, si ha come sintomo costante la febbre; questa già nel primo stadio raggiunge verso sera i 39° ed anche più. L'Autore racconta di una malata, la quale e per la violenta cefalea, e per le vertigini e l'abbattimento, e per la febbre di 39°,2 faceva temere una forma tifoidea; quando al 3° giorno venne l'esantema a chiarire la diagnosi. L'esantema poi incomincia sotto forma di nodi rossi, i quali nelle 24 ore possono giungere dal volume di una nocciuola fino a quello di un pugno; sono più spesso ovali, a limiti ben precisi, elastici al tatto, infossati nel cellulare sottocutaneo, colla pelle tesa e lucente al disopra, mentre all'intorno si nota spesso un leggier grado di edema. Questi nodi sono dapprincipio molto rossi, caldi e dolenti; in un caso non veniva tollerato nemmeno il contatto d'una coperta.

Di solito dopo un pajo di giorni il tumore assume una tinta livida, come sarebbe d'una contusione, onde l'affezione fu già detta *dermatite*

contusiforme. In questo primo stadio spicca la straordinaria cede lezza e fluttuazione del centro del nodo; però non si ha mai suppu zione, benchè Purdon e Hardy abbianvi osservato delle ulcerazioni. un caso dell'Autore il medico fu tratto in inganno e dai fenomeni nerali e dalla fluttuazione: ma fatta l'incisione non ne gemette che p siero sanguinolento. Nell' ulteriore decorso i nodi subiscono i can menti di colore comuni agli stravasi sanguigni, e finiscono per iscon rire lasciando al loro posto una macchia pigmentata che si disquam L'intero processo evolutivo di un nodo si compie in 8-10 giorni, mei l'intera malattia dura in media tre settimane. I singoli nodi si mar stano l'uno dopo l'altro in vario numero: nei casi regolari non sono di 5-6; in un caso furono 20, in un altro 50. Naturalmente in quest tima contingenza essi invadono qualunque parte del corpo; quando s pochi invece prediligono la faccia dorsale delle estremità, e partico mente il davanti delle gambe, invadendole quasi simmetricamente. Qu anche per la localizzazione l'eritema nodoso si distingue da tutti gli tri eritemi, i quali preferiscono invece il dorso delle mani e dei pi Le mucose sembra ne vadano immuni; Trousseau tuttavia ebbe a derne una chiazza sulla congiuntiva bulbare.

Comparso l'esantema, la febbre continua, e dura da 1 a *10 gic* (8 a 9 in media). La massima temperatura raggiunta oscillò fra 38 40°,3; in media 39°-39°,5; il tipo era di una febbre remittente, e fi con una lisi. La comparsa di nuovi nodi suole accrescere un po' di la febbre, come il cedere dei dolori, del rossore e del colore dei r coincidono colla lisi. Tuttavia non pare che le oscillazioni della tem ratura tengano un rapporto assoluto coll'andamento del processo loca l'intensità della febbre non è sempre proporzionale al numero dei n Così nell'ammalato che portava 50 nodi d'eritema la febbre durò 4 gi e non raggiunse che i 39°; mentre in altri malati portatori di soli nodi si ebbe una febbre della durata di 9 giorni a circa 40°. Appare d que evidente una certa indipendenza dei due processi, come nel reu tismo acuto, nel quale è cosa più che dubbia se la febbre tenga esc sivamente ai disturbi articolari, o non sia piuttosto espressione di u sofferenza generale più profonda. Ai nodi d' eritema associansi non rado dei dolori articolari, i quali possono simulare assai bene un r matismo acuto. Lewin cita anzi la storia di un malato affetto d'an losi della mano destra, dalla quale appare come assai probabile la p cedenza dell'eritema nodoso all'anchilosi. Anche tra le osservazioni d l'Autore si trova un caso in cui la malattia cominciò con dolori nell ticolazione del piede, e nel decorso stesso dell'eritema vennero affi anche una mano ed una spalla. I fenomeni articolari non sono tutta come dice Trousseau, un fatto costante. Lewin ebbe a notare nel corso dell'eritema anche delle endocarditi valvolari con formazione vizii organici del cuore; un autore francese afferma pure di aver oss vato due casi analoghi: Oehme invece pare non ne abbia visto mai.

due casi dell'Autore finalmente si osservava un catarro bronchiale considerevole; e questo fatto ci conduce a quella forma di eritema nodoso che appare come il primo sintomo d'un'affezione generale, la tubercolosi. A questa forma poco si è finora badato, eppure è più degli altri eritemi importante pel pratico. Tra i 18 casi dell'Autore abbiamo solo il seguente esempio:

Una ragazza anemica e gracile, di quasi 16 anni, non peranco mestruata, derivante da una famiglia sana, intatta da qualunque tendenza alla scrofola od alle malattie polmonari. Ha tre fratelli pure d'aspetto anemico, ed una sorella clorotica che ha l'eritema pernio alle mani. Questa ragazza cadde malata nell'ottobre 1876 con tutti i sintomi dell'eritema nodoso; ne erano prese le due gambe: contemporaneamente ai disturbi generali si dichiarava poi una bronchite, non molto intensa, che durò 14 giorni. Il decorso del male fu regolare, dal 2 al 26 ottobre. Al posto dei nodi eritematici notavansi delle macchie pigmentose bruniccie, sulle quali la pelle staccavasi a squammette; il catarro bronchiale era perfettamente guarito, non più tosse nè difficoltà di respiro; i polmoni, esaminati a più riprese, non indicavano alcuna alterazione; la paziente sentivasi perfettamente bene, meno il senso di stanchezza: quand'ecco l'8 dicembre comincia a lamentarsi di inappetenza, di dolori alla schiena, e la fisonomia sua si altera rapidamente. Due giorni dopo insorgono pure cefalea intensa, vertigini, diplopia — e senz'altro si dichiara l'intera sintomatologia di una meningite basillare, che invade poi anche la convessità degli emisferi; e la paziente muore il 16 dicembre. L'esame dei polmoni, ripetuto più volte nel rapido corso del morbo, dava risultati negativi. Tuttavia, avuto riguardo al precedente eritema si ritenne non improbabile una forma tubercolare meningea. E infatti ecco il *visum repertum*: tubercolosi miliare della pia madre, specialmente basilare; leggiero idrocefalo interno; tubercolosi migliare delle pleure e dei polmoni. Le ghiandole bronchiali erano ingrossate del doppio; la loro superficie di sezione era asciutta e consistente, di colore biancogiallastro, senza traccie di pigmentazione nè di calcificazione. Granulazioni miliari del fegato, della milza, dei reni.

L'esposto caso è un raro esempio del cattivo significato pronostico dell'eritema nodoso, quand'esso incoglie una certa qualità di soggetti; da esso potevasi diagnosticare la natura tubercolare della meningite. Non è molto, Uffelmann faceva notare espressamente questo singolare significato dell'eritema nodoso. (V. *Deutsches Arch. f. klin. Med.* X, p. 454; XVIII p. 313). Egli raccolse 17 casi di eritema nodoso in individui anemici, malnutriti, dall'abito scrofoloso eretistico: erano tutti ragazzi, prevalentemente di sesso femminile, tra i 4 anni e mezzo e i 12; una sola aveva 20 anni. Delle 17 osservazioni, 15 avevano precedenti di tubercolosi in famiglia; tutte avevano un pallore anemico sospetto; anzi una dopo 6 mesi, un'altra dopo due anni, una terza dopo 5 anni dall'eritema nodoso soggiacquero alla tubercolosi.

febbre presentò l'eruzione eritematica a nodi, con tutti gli altri sintomi di questa; ogni sera si ripeteva il brivido per una mezz'ora, seguiva e durava fino al mattino un forte calore, poi apiressia. Per tutta cura si avvilupparono le estremità malate con compresse umide, e si diede il chinino. La febbre ciononostante tornava ogni sera; e fu solo con l'uso del joduro potassico (gr. 3 in acqua gr. 300, agg. cloridrato di morfina centig. 5, s. a cucchiai) che dopo 14 giorni tutto era scomparso, senza residuo nemmeno di macchie o di ingrossamento della pelle. (*Berlin klin. Wochen.* XV, 4, 1878).

Klinische Untersuchungen über die japanische Varietät der Beriberi-Krankheit. (*Ricerche cliniche sulla varietà giapponese del beriberi*); del dott. A. Wernich. (*Virch. Arch.*, LXXI, 1877, e *Schmidt's Jahrb.*, 1878, num. 6).

Ogni anno, dalla fine di aprile in avanti, gli indigeni giapponesi sono afflitti dalla malattia *kak-ke* (kiak, osso; ke, aria), la quale prende i giovani e gli adulti in buon numero, poco i ragazzi e i vecchi, e rispetta le donne. Ora Wernich ritiene questa forma identica al beriberi, malgrado le objezioni fatte rispetto alle loro differenze. I primi disturbi accusati dagli ammalati di kak-ke sono inappetenza, debolezza muscolare, tendenza alla malinconia, freddo al dorso, dolore muto all'epigastrio, respiro più grave e facile palpitazione di cuore. In modo speciale si lamentano i pazienti di un senso di peso nelle gambe, e di un' alterazione della sensibilità di queste come se la cute venisse impressionata solo mediatamente, attraverso ad un sottil foglio di carta. Poco avvi di objettivo, se non il color pallido, e forse qualche po' di edema ai malleoli. Se non che di giorno in giorno si aggravano i sintomi: la respirazione diventa affrettata e superficiale, si ascolta sul cuore un distinto soffio sistolico: non febbre, inappetenza, orine scarse non albuminose. Con ciò può accadere che il malato venga una bella notte preso da dispnea, e che al mattino sia morto per idrotorace od idropericardio; oppure che la morte sia prodotta solo dopo lungo tempo dal lento invadere degli edemi; altravolta invece diminuiscono e scompajono gli edemi, le raccolte sierose, si manifesta un appetito colossale, e al cominciar del verno il paziente lascia l'ospitale in buono stato di salute. Gli indigeni dicono che se all' iniziarsi del male succedono vomiti, il paziente è perduto. La forma fulminante, che appare specialmente nei primi mesi dell' endemia e in anni caldo-umidi, può essere fatale in poche ore soffocando l' individuo; oppure, dopo alcuni giorni di prodromi, dura 3 giorni. V'è poi una forma che si direbbe *abortiva*: non si ha che senso di pienezza del ventre, torpore delle gambe e leggier edema delle stesse; e dopo 4-6 settimane questi fenomeni scompajono. La forma più comune è la cronica, idropica-tabica degli autori; ed a questa si riferiscono gli studj clinici fatti dall'Autore a Yeddo.

Il sangue di questi ammalati è come rosso sporco, ma non idremico. I globuli bianchi non sono aumentati: quei rossi sulle prime non offrono

cuscino arrotolato. L'edema generale del pannicolo adiposo e della stessa muscolatura indusse alcuni autori ad ammettere erroneamente una forma polisarcica del beriberi. In qualche malato sono più spiccati gli edemi viscerali che non gli esterni. L'ascite ne è spesso il primo segno, o per lo meno non manca quasi mai a morbo inoltrato; l'idrotorace è meno frequente dell'idropericardio, il quale viene a nascondere spesso rapidamente i toni cardiaci ed a minacciare la vita del paziente. Nell'idrope ascite l'Autore passò spesso alla paracentesi, e n'ebbe talora buoni effetti, talora solo un beneficio passeggiero: nell'idropericardio si astenne invece dalla puntura, perchè i giapponesi l'assicuravano che essa non aveva mai recato giovamento. Non di rado la raccolta idropericardica scompare quando siasi svuotato l'idrotorace.

Il sistema nervoso è variamente offeso. Scompare dapprima la volontà di occupare la mente; il sonno non è riparatore, ed è interrotto da sogni. I giovani specialmente si lagnano di cefalea. Tra le anomalie sensoriali pare siavi una diminuzione del senso del gusto. L'istinto genitale si spegne da bel principio; nella convalescenza ed anche più tardi occorrono polluzioni. Le vertigini, i deliquj, i granchi si riguardano come segni di cattivo augurio. L'anomalia sensoriale specifica del beriberi e del kak-ke è quella accennata delle gambe, la quale determina un modo speciale d'incesso, a scosse, paragonato dai medici olandesi a quello di uno che esca dall'acqua co' larghi calzoni inzuppati. L'Autore tentò di misurare obbiettivamente il grado dell'anomalia. Più volte le punture e le scalfitture non impressionarono che il senso tattile; altra volta i pizzicotti stessi erano dolorosi. Il senso dello spazio non era diminuito, quello del peso lo era, di rado, negli individui che soffrirono più volte di kak-ke. Invece il senso della temperatura era notevolmente diminuito nelle regioni cutanee interessate. Il senso dell'equilibrio e quello della posizione degli arti serbavasi inalterato. L'indebolimento muscolare viene dall'Autore riferito ad un disturbo trofico d'influenza spinale; esso prende essenzialmente le gambe, ma può estendersi a tutto il corpo, rendendo il paziente incapace di muoversi. Quando gli spandimenti sierosi vengano riassorbiti, dell'individuo non rimane che lo scheletro. Si può credere in conseguenza di quanto precede che la base anatomica della malattia consista in raccolte sierose dentro le meningi, e in processi flogistici subacuti nel midollo spinale. I polmoni, il fegato, i reni, la milza, il tubo gastro-enterico, le ossa, le articolazioni sono rispettati durante tutto il decorso della malattia.

Nel quadro generale della malattia qualche altra cosa merita di venir rilevata. Mentre il giapponese ammalato crederebbe far atto di inciviltà stando a giacere allorchè il medico s'avvicina, l'ammalato di kak-ke giace sempre sul dorso, in posizione orizzontale, finchè non lo colga l'ortopnea. L'espressione del viso è quella di uno che soffre in silenzio: i giapponesi si abituano fin dall'infanzia a dominare i propri sentimenti: il viso inturgidito dall'edema ha del marmoreo. Il *sensorium* resta libero

genitori sani, il quale fu anzitutto rachitico, poi sano, finchè dal 1869 in poi veniva preso da *dolori reumatici*, i quali impedivangli talvolta di camminare. Nel 1873, mentre sforzavasi di sollevare un certo peso, ebbe fratturata la clavicola; d'allora in poi andò soggetto a frequenti fratture, le quali finirono col determinare delle deformità agli arti ed al torace. Il paziente soffriva pure di calcolosi vescicale. Il 4 aprile 1875 il paziente entrava nella Clinica di Czerny (a Freiburg i/Br.) per frattura della spalla; ivi decadde ben presto, perdeva orina e feci, e morì d'asfissia il 13 ottobre. All'*autopsia* si trovò un cranio osteoporotico, del peso di 370 gr.; una colonna vertebrale assia contorta, e un bacino deformato, molle come cuojo. Le ossa delle estremità erano pure deformi e facilmente pieghevoli; la sostanza compatta era diminuita; il midollo ora rosso, or giallo, qua e là seminato di piccole cavità cistiformi, a contenuto liquido di reazione alcalina, mentre il resto del midollo era neutro. Nei reni si rinvennero numerose concrezioni.

1.° *Esame delle orine.* — a) *Variazioni quantitative dei componenti normali.* — Nella determinazione della quantità di acido fosforico eliminato nelle 24 ore gli Autori trovarono:

nell'orina	chiara e assai diluita . .	0,05 per 100	0,75
»	torbida, chiarita coll'acido acetico	0,11	1,397
»	concentrata, con sedimento .	0,116	1,74
»	assai concentrata, torbida .	0,16	2,4
»	chiara e diluita, dalle ceneri	0,0497	0,745

Dunque la quantità d'acido fosforico non fu mai in aumento, bensì spesso in diminuzione. Delle sostanze solide che resistono al fuoco la quantità oscillava da 12,3 a 20,045, quindi entro confini normali. Da ciò parrebbe che nel frattempo non avvenisse nel malato alcuna escrezione patologica dei sali ossei: che per altro ciò fosse avvenuto in precedenza parevano provarlo le concrezioni renali e cistiche.

b) *Componenti anormali nell'orina.* — Mac-Intyre, Bence-Jones ed altri hanno trovato nell'orina degli ammalati di osteomalacia una sostanza quadernaria, ch' essi chiamarono *Deutossididrato d' albumina.* Anche nel caso attuale Langendorff e Mommsen ebbero tre volte spiccata la reazione dell'albumina, ed altre volte notarono certi indizii della presenza del detto composto albuminoide. In ogni caso trovarono pure acido lattico; ma siccome acido lattico si trova pure in orine normali, così tal reperto non ha alcun valore.

2.° *Esame chimico delle ossa.* — a) *Componenti anormali.* — Non si trovò nelle ossa nè acido lattico, nè il deutossididrato d'albumina.

b) *Alterazioni nella composizione delle ossa.* — Esaminata una mezza testa d'omero si trovò nell'osso osteomalacico rispetto al sano:

stava sempre così scolorata da potersi su di ciò soltanto basare la diagnosi. Il numero dei globuli rossi era ridotto ad 1|4 e in qualche caso fino ad 1|12: si potè più volte osservare l'aggravamento della malattia andar di pari passo colla scomparsa dei globuli. L'ultima numerazione, prima della morte, diede per la quantità dei medesimi l'enorme differenza di 0.79 a 0.46 million. Quest'alterazione discrasica non era per altro in egual grado in tutti i casi esaminati poco prima della morte; tuttavia dovevasi ritenere inevitabile la morte quando il numero dei globuli rossi discendesse a circa mezzo milione per millim. cubico: questo sembra il numero minimo a cui la vita possa resistere. — Nè solo, anatomicamente parlando, v'ha in questa malattia una diminuzione del numero delle emazie; ma altresì v'hanno alterazioni di forma, volume e colore delle stesse. Nello stesso preparato avveniva di osservare globuli di assai diverso diametro, da 6-7 1|2 micromill. a 12; e in piccol numero anche globuli di 3 a 4 1|2 μ. Si vide qualche volta un certo numero di questi globuletti unirsi a guisa di detrito dei globuli maggiori, e questi non di rado così seghettati da parere in preda ad un processo di divisione. I globuli bianchi erano relativamente più numerosi dei rossi, ma pure scarsi rispetto ad una data quantità di sangue.

I *sintomi* principali consistettero in senso di peso e dolor di capo, vertigine, ronzio d'orecchi, ottenebramento della vista, tendenza al deliquio, respiro breve, cardiopalmo (sintomi diretti dell'anemia). Eranvi pure disturbi gastrici, pallidezza e colorazione giallognola della pelle (non itterica); il dimagramento non era costante, gli edemi apparvero solo in qualche caso. I rumori di soffio ai vasi del collo, se non esistevano al principio, non mai mancavano sul finire del male; non esisteva per essi un costante rapporto col graduale impoverimento del sangue; tuttavia è chiaro che non portano alcun criterio diagnostico stantechè si hanno pure in altri casi di oligocitemia. Frequenti le emorragie dalle gengive; altre emorragie esterne non si ebbero che in un caso; emorragie parenchimatose si osservarono di frequente alla sezione; frequentissime le apoplessie retiniche, di più in alcuni casi notavasi forte anemia della papilla, in altri degli essudati bianchicci sulla medesima. Orine chiare: in un caso parve la secrezione d'urea diminuita. Polso molle e piuttosto accelerato. In quasi tutti gli ammalati si ebbero manifestazioni febbrili, più spiccate nelle donne; più costante e forte era la febbre sul finire della vita. L'aumento di temperatura generalmente era leggiero e sensibile spesso soltanto sul far della notte; l'andamento poi ne era irregolare, e manifestamente aveva sua origine nell'anemia. — Esito in tutti i casi fu la morte: la durata fu varia, più o meno acuta, più o meno cronica, non sempre ben determinabile.

Alla *sezione* la quantità del sangue parve poca solo in alcuni casi; per altro era sempre assai fluido, piuttosto simile a lavatura di carne;

dei mezzi necessarj al sostentamento della vita; c) riguardo all' anemia idiopatica primaria, cui appartiene pure l' anemia progressiva, nella quale non si trova alcun motivo a spiegare l' oligocitemia, nè dentro, nè fuori dell'organismo. In quanto alla prima forma di anemia non v'ha difficoltà diagnostica: le altre due invece, rassomigliandosi assai, meritano maggior osservazione per distinguerle. L'anemia idiopatica secondaria merita piuttosto il nome di cachessia, essendo in essa alterati non solo il sangue, ma tutti i tessuti — e forse più questi di quello: per lo che un dimagramento considerevole parla in favore di essa; e così pure parla per l'anemia secondaria la diminuzione di temperatura, come ne riferisce un caso l'Autore. Ancora più difficile torna la diagnosi differenziale dalle altre anemie primitive, idiopatiche, clorosi, leucemia e pseudoleucemia — specialmente poi dalla clorosi, tanto più che esistono casi di passaggio dall'una nell' altra discrasia. Queste due forme di oligocitemia spontanea rappresentano per Sörensen due faccie opposte della medesima malattia, delle quali l' una favorevole, l'altra sfavorevole; dimodochè teoreticamente parlando si potrebbe prendere l'esito loro come mezzo diagnostico differenziale — mentre sull'iniziarsi del morbo e nel decorso v'hanno non poche difficoltà a distinguerle. Le forme leucemiche invece si distinguono facilmente per l'aumentato numero dei globuli bianchi,

La *terapia* è impotente: e in un caso essendosi tentata la' trasfusione del sangue non si ebbe alcun vantaggio. Quindi la *prognosi* è assolutamente sfavorevole.

Nella Svezia il primo caso di anemia perniciosa progressiva fu comunicato dal dott. Warfwinge alla Società Medica di Stocolma il 3 aprile 1877: la diagnosi probabile era già stata fatta in vita; l'autopsia la confermò; non esisteva alcuna causa determinante. Il dottor Sällberg espose un caso che si direbbe di anemia perniciosa progressiva, ma Sörensen non vi aveva pensato, benchè nulla potesse afferrare sul corpo del paziente che desse indizio di qualche profonda alterazione patologica: non fu esaminato il sangue, e nemmeno il cadavere.

Dalla Finnlandia si ha finora la partecipazione di soli tre casi, che è qui inutile l'esporre dettagliatamente. (V. « Finska läkaresällisk. Handl. », XVIII 1876, XIV 4877).

Nella Norvegia l'anemia perniciosa progressiva sembra assai rara: però un caso, misconosciuto in un tempo in cui l' anemia perniciosa progressiva non era ancora conosciuta come forma a sè, venne già esposto dal dott. Larsen: in questo alla sezione non erasi osservata che la degenerazione grassa del cuore; il dott. Winge, che aveva eseguita la sezione, riferisce di aver trovato anche una cistite e dei piccoli ascessi nei reni, dovuti probabilmente a bacterj emigrati per la via degli ureteri. — Il prof. Winge riferì due casi, non ancora pubblicati, di anemia perniciosa progressiva alla Società Medica Norve-

gica il 16 gennajo 1878. Il dott. Onsum ne descrive esattam caso da lui osservato, in cui un catarro gastrico acuto deter morte, Il prof. Heiberg richiama l'attenzione sopra un momen sale finora trascurato, le fatiche intellettuali: il prof. Boeck dotto sifilologo, morì d'anemia perniciosa progressiva — di q il quadro nosologico da lui sofferto, di questa il reperto necr (anemia viscerale, degenerazione grassa del cuore): in questo lissimo caso non si potè indicare altra causa efficiente che l'al lavoro psichico.

Ueber progessive perniciöse Anämie. (*Sull' anemia pernicio gressiva*). (*Schmidt's Jahrb.*, 1878, N. 5).

Il prof. H. Eickhorst ha pubblicato, in seguito al lavoro di (V. *Schm. Jahrb.* CLXXV, pag. 26), una Memoria clinico-critica nemia perniciosa progressiva. Come in quello, raccoglie an casi della letteratura estera (in tutto 135), poi espone sette su importanti, osservati alla *Charité* di Berlino. Gli ammalati a da 24 a 57 anni; 5 morirono all'Ospedale; un uomo di 57 ann guarito mediante la stretta dieta lattea e il soggiorno alla cam una donna fu dimessa in uno stato miserevole, dopo che una sione di sangue aveva recato un miglioramento passeggiero. C gione l'Autore distingue i casi mortali d'anemia da quelli in sezione si ritrova qualche lesione organica, per esempio, inte Senza questa osservazione critica nasce una strana confusion numero dei casi di anemia perniciosa progressiva può venir tato a piacere. Di più i casi vogliono ancora esser distinti in tivi e secondarj. Quelli si manifestano senza causa cognita, tore ne conta 24 (10 nella Svizzera, 9 in Germania, 4 in Inghi 1 in Danimarca); questi tengon dietro alla gravidanza ed al pu (casi 29, di cui 22 in Isvizzera), a disturbi della digestione (ca cui 14 in Isvizzera), a perdite di liquidi nobili (casi 7), a catti dizioni igieniche (casi 7). In complesso sono 67 casi di anemia ciosa progressiva secondaria. — L'Autore vorrebbe fosse ricon come essenziale alla diagnosi la presenza di globuli sanguigni rotondi, rossi; e perciò egli dedica a questi *microciti* (di cui Q vuole la priorità d'osservazione) una buona parte del suo libro studia tutte le metamorfosi dei globuli del sangue, e le divers venze loro nello stato fisiologico.

Quincke, ai 10 casi già riferiti (*Schm. Jahrb.*, CLXXI), ne ag ora altri 11. (*Deut. Arch. für Klin. Med.*, XX 1877). L'insieme casi comprende 13 donne, 8 uomini; de'quali una ragazza di a un altra di 16, il resto di media età. Le cause furono:

in 3 casi emorragie (2 nel parto, una rinorragia);
in 4 casi il lavoro esagerato, in donne gravide;
in 3 casi l'allattamento prolungato (fino a 3 anni e mezzo);
in 6 casi diarrea;

in 3 casi tifo (2 però incerti)!
in 2 casi incompleta formazione del sangue.

Quincke non crede che si debba separare l'anemia perniciosa progressiva dall'anemia comune, perchè tra loro egli non vede che una differenza di grado, simile a quella che passa tra la malaria dei tropici e la malaria delle nostre regioni. Le alterazioni dei globuli rossi del sangue vengono da Quincke designate col nome di *Poikilocitosi*. Egli ne ha steso una tavola: cellule normali ma piccole, altre normali ma giganti, altre più oscure dell'ordinario, altre fatte a puuta, a rene, a scodella, ad incudine. altre a guisa di gocciole giallognole. Riguardo alle emorragie retiniche così importanti per la diagnosi, vennero una volta affermate temerariamente. Quanto alla cura, all'Ospitale di Berna si tentò 5 volte la trasfusione con sangue umano: in 2 casi ne seguì un miglioramento che condusse alla guarigione, in 2 altri il miglioramento fu così lento che probabilmente non dipendeva dalla trasfusione; in uno poi questa fu inutile. In somma dei 21 casi 11 morirono, 3 ebbero recidiva e 7 vennero in apparenza guariti.

Il dott. Oster di Monreale, Canadà (*Med. Centr.* Bl. XV 28, 1877), trovò nel sangue di un inglese, morto appena dopo eseguita la trasfusione, una quantità di microciti rotondi, forniti spesso di impressioni ombilicate; non trovò le cellule sanguigne giganti, e granulose, nè le scolorate. Il midollo delle ossa non conteneva adipe, ad eccezione di quello della fibula; v' erano le solite cellule midollari, delle emazie normali, dei microciti e delle cellule rosse nucleate.

In Stettino il dott. C. Pilz osservò l'anemia perniciosa progressiva in una donna di 52 anni (*Deut. Arch. f. klin. Med.* XXI, I, 1877), che da alcuni mesi soffriva diarrea e febbre, ed era diventata debolissima. Morì all'Ospitale dopo 3 mesi di degenza. In questo caso si potevano osservare i movimenti amiboidi dei globuli rossi, aventi le forme più svariate; i globuli bianchi non erano aumentati. Esistevano altresì emorragie retiniche. Per qualche tempo si pensò a carcinoma latente; la diarrea era cessata, e però non poteva essere la causa del progredire della malattia. Alla sezione si trovò (oltre ad un' avanzata degenerazione adiposa del cuore, dei reni, del fegato e delle arterie cerebrali), una lesione essenziale, secondo Pilz, del midollo delle ossa; questo è costituito da poche cellule adipose, da cellule midollari con protoplasma granuloso oscuro, da emazie normali, da molti globuli rossi nucleati, finalmente da cristalli di Charcot. Pilz è quindi inclinato a riguardare il midollo delle ossa come la sede formativa dei globuli rossi anormali che si trovano nel sangue di questi ammalati.

Il dott. Strümpell (*Arch. d. Heilk.* XVIII, 1877, pag. 437) espone la storia finale di un caso d'*anemia splenica*, curato nell'ospedale di Lipsia, ed apparentemente guarito. Egli moriva circa 9 mesi dopo, offrendo una grave sintomatologia psichica (malinconia e rifiuto del cibo): ciò che distingue il caso dell'anemia progressiva perniciosa.

Appare dalla storia che nel corso di un anno e mezzo erano avvenute 4 recidive; ed ogni volta notavansi: turgore di milza, ma senza aumento dei globuli bianchi del sangue; colorazione gialliccia della pelle, ma senza traccia di pigmento biliare nell'orina. Nel reperto necroscopico merita menzione l'avanzata degenerazione grassa del fegato e la forte pigmentazione delle sue cellule, ciò che parrebbe dar indizio di preceduta distruzione di globuli rossi.

Il dott. Litten dopo aver riferito un caso di anemia progressiva perniciosa fa delle osservazioni critiche colle quali combatte la tesi d Recklin. (V. *Gaz. de Par.* 24, 25, 1877). Questi vorrebbe fare dell'anemia progressiva perniciosa una malattia speciale, e ritiene per pseudo leucemie mielogene quei casi in cui vennero trovate delle alterazion nel midollo delle ossa. Litten invece vuol provare che l'alterazione del midollo non è primitiva, ma secondaria all'anemia; egli l'ha osservata in 4 casi di carcinoma uterino, in 1 di cancro intestinale, in 1 di cancro delle ghiandole addominali; e in questi casi stessi non mancavano le emorragie retiniche.

Dai dottori Leonhardi-Aster jun. e Birch-Hirschfeld vien riferito un caso osservato nell'ospedale di Dresda, il quale dimostra come dietro il quadro di un'anemia progressiva perniciosa può nascondersi ben diversa malattia. Una donna di 26 anni, gravida a 5 mesi, accusava da 5 settimane dei dolori cervicali e difficoltà di deglutizione. Guarita in breve, restava tuttavia deboluccia, finchè l'insorgere cardiopalmo dispnea e cefalea frontale, con progrediente debolezza, la obbligarono a letto. Già dopo pochi giorni dall'ingresso allo spedale, col contemporaneo sviluppo dell'adipe, parve che tutto il sangue venisse scacciato dalle parti periferiche; fin la lingua tradiva la scarsezza del sangue in circolazione. Il sangue era acquoso, e conteneva assai poche emazie, tuttavia normali. La paziente si lagnò poi di debolezza visiva e scotomia, e si poterono vedere all'ottalmoscopio le ecchimosi retiniche di forme irregolari, di color vario. Alla 3ª settimana avvenne l'aborto e nella medesima giornata la morte della paziente. Poco prima di questa si erano verificate delle rinorragie, e una diarrea che venne riferita all'uso di ghiaccio. Alla sezione spiccava la forte anemia; in diversi luoghi notaronsi emorragie; di più degenerazione grassosa del muscolo cardiaco, e midollo osseo dall'aspetto rosso oscuro contenente delle cellule linfoidi; alcune di queste contenevano granuli di pigmento, ed altre dei globuli rossi ancora inalterati. Così questo reperto rispondeva perfettamente all'anemia progressiva perniciosa, senonchè si trovava poi una *tubercolosi primitiva dell'intestino*; i polmoni e le ghiandole bronchiali erano sani. Fatta astrazione dal reperto intestinale, raro per sè, è assai importante a notarsi che l'alterazione del midollo osseo non può più avere alcun significato diagnostico; non di rado essa fu notata in casi di anemia consecutiva (tifo, tisi polmonare, ecc.). Così non hanno alcun significato speciale nè le emor-

ragie retiniche, nè quelle delle sierose, nè la degenerazione grassa del cuore.

Un caso di Morbus maculosus Werlhofii acutissimo; del dott. Bourrhif. (*Rec. de mém. de méd., etc., milit. sér* XXXIV, p. 172, 1878 — *Schmidt's Jahrb.* 1878 N. 7, p. 27).

Un soldato di 22 anni, cadde ammalato e fu trasportato all'ospedale: era pallido come cera, la fronte e le tempia sparse di macchie petecchiali; portava ancora le traccie di recente e forte ematuria. Polso piccolo, frequente, coscienza intatta, costituzione discretamente robusta, temperamento linfatico. Durante il trasporto nuova ematuria ed emorragia dalle fauci e dalle gengive, senza tosse. Si amministrò ogni mezz'ora un cucchiajo di percloruro di ferro (goccie 40 in acqua zuccherata, gr. 120), e capsule di trementina e limonata solforica ghiacciata ad libitum; più fasciature bagnate nell'acqua ghiacciata all'ipogastrio. Di lì a due ore nuova ematuria ed emorragia del naso e della bocca; sangue molto chiaro, difficile a coagularsi. Polso 96, piccolo, scoccante; impulso cardiaco energico, respirazione un po' pesante, abbondanti rantoli mucosi. Vennero applicati senapismi volanti su tutto il corpo.

Nuova formazione di petecchie all'avambraccio, al ventre, al polpaccio delle gambe, di color rosso vivo, scomparenti alla pressione, ma tosto riprodotte; alle gambe v' hanno striscie come da sferzatura. Due ore dopo altra ematuria, e due altre ore dopo ancora forte emoftoe che in breve condusse a morte senza convulsioni. Non si ebbe nel corso del male nè vomito nè feci sanguinolenti.

Sezione 23 ore dopo morte: forte rigidità cadaverica, specialmente delle estremità superiori; pelle cerea, con ecchimosi azzurrognole nel volto, sull'addome, alle gambe; dall'angolo sinistro della bocca geme un sangue assai pallido. La *testa* non fu sezionata per desiderio dei parenti; non offriva alcuna anomalia all'esterno; nessuna ecchimosi congiuntivale. Le petecchie dell'*addome*, sezionate sul piano orizzontale, trovavansi in parte sotto l'epidermide con sangue fluido, in parte nel cellulare sottocutaneo con sangue coagulato. Peritoneo inspessito, numerose macchie ecchimotiche sotto al medesimo, come pure nella musculatura dello psoas. *Tubo digerente*: gengive e velopendolo sparse di petecchie color rosso vivo, faringe, idem; nessun ingorgo od ulcerazione. Nel resto del tubo gastro-enterico ecchimosi sottomucose a migliaja, alternanti con striscie ecchimotiche, fino alla valvola ileo-cecale; nel crasso le ecchimosi erano sempre più larghe, finchè il retto diventava interamente nero. Nell' esofago, nello stomaco, nel primo tratto dell'intestino fino all'ileo, coaguli nerastri. Nel retto poca materia fecale, tinta da sangue stravasato. *Fegato*: ecchimosi dei legamenti; parenchima normale, di consistenza ordinaria, ma sparso di larghe ecchimosi; cistifellea distesa da una bile nerognola e poco viscosa. *Reni*: il tessuto pericapsulare è pieno di sangue a metà coagulato: i

reni stessi sono voluminosi, rammolliti; la
petecchie rosso-vive su un fondo nericcio
guli aventi la forma di corpuscoli di Mal
copia di un liquido sanguinolento. Le caps
del normale e rammollite; la sinistra sp
piena di liquido. *Vescica* molto distesa, pa
intenso; contiene poca quantità d'un'orina
quanto il pugno d' un adulto, molle e ner
disotto un'altro coagulo di più antica data
tenente un nucleo fibrinoso. Uretra norma
consistenza normale, nessuno stravaso. *O*
cie del diaframma, come le pleure, semin
polmonare trasparente, normale a destra,
grandezza d'uno scudo a sinistra. Nessun
renza. Al taglio i polmoni davano un po' d
stro le ecchimosi superficiali penetravano
anche in questi trovavansi piccoli coaguli,
sata; ciò non era nel polmone destro, la
perciò pallida. Ma all'apice di esso trova
selli, duri alla periferia, rammolliti al cen
denza del punto di divisione della trache
erano rammollite; nel posto simmetrico
grosso come una noce, molle, circondato
aderente alla trachea. *Cuore*: pericardio i
tina, una grande ecchimosi alla superficie
colo sinistro con ecchimosi esterne, ed i
rammollimento del muscolo; cavità vuota
stro non ecchimotico, contiene poca qu
Nel connettivo sottocutaneo del polpaccio
sangue per metà coagulato; i muscoli ant
melli sono infiltrati di sangue nero; il per
numerose petecchie.

All'esame istologico si riconosce che i
quelli che inviluppano la trachea sono di r
capsule surrenali presentano consimile alt
corticale si conservi abbastanza intatta.

Sulla diagnosi di questo caso non può es
non che straordinaria fu la rapidità del dec
che un' altro analogo caso, osservato all'
giardiniere, di complessione robusta, da alc
malessere, con sintomi accennanti piuttost
tica, quando fu preso dall'apparizione di v
ore dopo. Quanto ad eziologia, non si sapre
un'affezione così grave. Tuttavia, riguardan

nel polmone destro e nelle capsule surrenali, si può supporre la preesistenza di una profonda alterazione organica.

L'Autore richiama anzi specialmente l'attenziona sull'affezione delle capsule surrenali, ricordando il rapporto tra le malattie di queste e la pelle bronzina. Riguardo alla sintomatologia, mancarono affatto nel detto caso i prodromi: il soldato aveva prestato il suo servizio fino all'apparire della prima ematuria. Merita pure d'essere notata l'apparizione contemporanea della porpora e dell'ematuria; mentre le emorragie del tubo gastro-enterico non diedero luogo nè a vomito di sangue nè a melena. Quanto all'ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, malgrado la perfetta integrità d'ogni parte del cuore, vien dall'Autore spiegata non come una malattia, ma come un effetto del genere della morte; seguendo in ciò l'opinione di Beau e Cruveilhier, i quali avrebbero osservato il medesimo fatto in tutti i giustiziati. Sembrerebbe che ciò dipenda dalla morte per forti e ripetute emorragie. Notevole si è che la milza fosse restata intatta, cosa già osservata in altri casi di porpora, come ad esempio, nell'esposto caso del giardiniere di Charenton. Finalmente quanto a terapia lamenta l'Autore di non aver potuto esperimentare le injezioni sottocutanee di ergotina; sarebbe stato almeno importante il vederne l'aziene dopo la morte.

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina*.

« Giornale Veneto di Scienze Mediche. » Serie 3.ª, Torino XXIX.

« Giornale della Società di letture e conversazioni scientifiche di Genova. » Anno 2.°, fascicolo 2.°

« Atti dell'Accademia medica di Roma compilati dal segretario dottor Cesare Brunelli. » Anno IV, fasc. 2.° Roma 1878.

« Società medico-fisica-fiorentina. » Rendiconto della sottoscrizione italiana aperta ad iniziativa della Società per un busto in marmo al prof. senatore Carlo Burci nel museo patologico in Firenze. Firenze 1878.

In commemorazione del cav. dott. Luigi Ciniselli morto in Cremona il 17 ottobre 1878. Cremona 1878.

Bertola. « Mezzo pratico di prendere la curva dell'uretra maschile sul vivente. » Vercelli 1878.

Borgiotti Amerigo. « Corso autunnale di ginnastica in Firenze. » Discorso di chiusura delle conferenze. Firenze 1878.

Caselli Azio. « Contributo alle resezioni. » Reggio-Emilia 1878.

Mosso A. « Die Diagnostik des Pulses in Bezug auf die localen Veränderungen desselben. » Mit 15 Holzschnitten im Text und 8 Tafeln. Leipzig 1879.

Orsi Francesco. « Lezioni di Patologia e Terapia speciale medica dette dal prof. Francesco Orsi nel biennio scolastico 1874-75, 1875-76, presso l'Università di Pavia, e raccolte dagli studenti Giovanni Arcari, Felice Viscardi e Francesco Cacciamali. » Fasc. XI e XII. Milano 1878.

Predieri Paolo. « Gli Akka del Congo non sono pigmei. » Memoria. Bologna 1878.

Ravel C. « De la diarrhée goutteuse. » Turascon 18 octobre 1878.

Rizzoli Francesco. « Degli ascessi peri-vescicali e retro-pubici semplici o complicati a disgiungimento della sinfisi pubiana. » Bologna 1878. Dal « Bull. delle Scienze Med. di Bologna », serie VI, Vol. II.

Rizzoli Francesco. « Emostasia diretta nella cura di aneurismi traumatici e di ricorrenti emorragie per ferite od ulcerazioni di arterie degli arti toracici. » Bologna 1878. Dalle « Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna. » Serie III, Tom. IX.

Robolotti Francesco. « Commemorazione del dott. Benedetto Frizzi di Ostiano. » Cremona 1878.

Tamassia Arrigo. « Della morte nel vuoto. » Ricerche sperimentali di medicina forense. Dalla « Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale. » Reggio-Emilia 1878.

Taruffi Cesare. « Dottrine sulla formazione dei mostri doppj. » Cenni storici. Bologna 1878. (Dal « Bullet. delle scienze med. »).

Torelli Ruggero. « Caso straordinario di ferita dello stomaco. » Bologna 1878. (Dal « Bullet. delle scienze med. »).

ERRATA-CORRIGE

del fascicolo di Novembre 1878 (Parte Rivista).

Pag. 400, *linea* 14 *e* 15, *dove si dice*:

fra esso, medesimo, ed incidendo fra di essa, sospinsero

si legga :

fra esso, sospinsero

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S. FUBINI

(Da pag. 517 a pag. 540).

Moleschott — *Sull'acqua contenuta nei tessuti cornei del corpo umano.*
Moleschott — *Sull'accrescimento dei tessuti cornei nell'uomo.*
Rosenthal — *Calorico specifico dei tessuti animali.*
Ferrier, Carville e Duret — *Azione delle correnti elettriche sul cervello.*
Obersteiner — *L'attività motoria della corteccia cerebrale.*
Horvath — *Dell'influenza del riposo e del movimento nei fenomeni della vita.*
Boll, Kühne e Capranica — *Porpora visiva.*
Landolt e Charpentier — *Sensazioni di luce e di colore nella visione diretta ed indiretta.*
Berthold — *Rappresentazione ottica delle ondulazioni, che vengono eccitate per mezzo del telefono.*
D'Arsonval — *Telefono impiegato come galvanoscopio.*
Vulpian — *Azione del sistema nervoso sulle ghiandole sudoripare.*
Drosdoff — *Analisi chimica comparativa del sangue della vena porta e della vena epatica.*
Vierordt — *Dopo quanto tempo si coagula il sangue nello stato di salute.*
Fubini — *Annotazioni sopra sperienze fatte coll'ischemia artificiale.*
Mosso — *Sul polso negativo.*
Mering e Musculus — *Azione dei fermenti della saliva e del succo pancreatico sul glicogeno e sull'amido.*
Fubini — *Annotazioni sopra la saliva parotidea e sopra il sudore.*
Richet — *Sopra l'acido del succo gastrico.*
Gad — *Emulsione del grasso.*
Colasanti — *La formazione dell'acido urico.*
Mosso — *Sopra un metodo per misurare la temperatura dell'orina.*
Dareste — *Ricerche sopra la sospensione dei fenomeni della vita nell'embrione del pulcino.*
Bert — *Azione dell'ossigeno sugli elementi anatomici.*

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

compilata dal dottor PIETRO CONTI

(Dalla pag. 540 a pag. 579).

Petrina — *Sulla localizzazione dei tumori cerebrali.*
Witkowski — *Sulla commozione cerebrale.*




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06225 6618

